

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Travail de la Polyclinique et du service de M. le Professeur GAUCHER
à l'hôpital Saint-Louis

Année 1911

THÈSE

417

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DES RAPPORTS DE LA SYPHILIS

AVEC

QUELQUES GLANDES À SÉCRÉTION INTERNE

(Corps thyroïde, pancréas, hypophyse, testicule)

PAR

PAUL DELPY

Né à Gignac (Lot) le 26 août 1884

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

Prix Lefranc de Pompignan



Président : M. GAUCHER, Professeur.

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Travail de la Polyclinique et du service de M. le Professeur GAUCHER
à l'hôpital Saint-Louis

Année 1911

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DES RAPPORTS DE LA SYPHILIS

AVEC

QUELQUES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

(Corps thyroïde, pancréas, hypophyse, testicule)

PAR

PAUL DELPY

Né à Gignac (Lot) le 26 août 1884

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

Prix Lefranc de Pompignan



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, Professeur.

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique
Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	HAYEM.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X ..
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM			
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL (P.).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	RETFERER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (A.).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUS-Y.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERRE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (A.).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE M.).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSUS.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LIGNEL-LAVASINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON FRÈRE

que j'unis dans la même affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MARCEL JAUBERT

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

**Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.**

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUMAS

Doyen de la Faculté des Lettres
de l'Université de Toulouse.

Avec notre respectueuse reconnaissance
pour l'amitié qu'il nous a toujours témoi-
gnée et les bons encouragements qu'il nous
a donnés à la mort de notre père.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNEL

Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse
Professeur de Clinique chirurgicale.

Il fut pour nous un maître plein
d'affection. Nous sommes heureux de
lui adresser nos bien sincères remer-
ciements pour les bonnes leçons qu'il
nous fit quand nous étions son élève
et son externe.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études, nous sommes très heureux d'adresser nos meilleurs remerciements à nos premiers maîtres de la faculté et des hôpitaux de Toulouse où nous eûmes le plaisir de faire nos premières années d'études et d'obtenir le prix Lefranc de Pompignan. Nous sommes aujourd'hui très flatté de nous rappeler M. le professeur CHARPY, M. le professeur TOURNEUX, M. le professeur JEANNEL dont nous avons été l'externe, MM. les professeurs RISPAL, CESTAN, CAUBET, TAPIE, FRENKEL dont nous avons été l'élève ou l'externe.

Venu à Paris pour terminer nos études, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de MM. les professeurs LEPAGE, maternité de Boucicaut, et GAUCHER et de suivre les leçons cliniques des grands maîtres de la Faculté de Paris. C'est pour nous une joie et un honneur que d'obéir à la tradition en leur adressant nos remerciements et l'hommage de notre profond respect.

Mais qu'il nous soit permis d'adresser ici l'expression de notre plus vive reconnaissance à notre maître, M. le professeur GAUCHER, notre président de thèse, pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

C'est dans son admirable service des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, — unique au monde pour la quantité et la qualité des malades qu'on y peut suivre

et examiner, que nous a été inspirée l'idée de notre travail.

Nous n'oublierons pas, dans notre carrière médicale, que c'est dans le service de M. le professeur GAUCHER que nous avons appris à connaître et à soigner *la syphilis*. Nous avons terminé nos études dans ce service ; nous pourrions dire que nous les avons terminées par une revue de tout ce que nous avons appris jusqu'alors, tant cette notion de *syphilis* domine l'étiologie et la pathogénie de beaucoup d'affections des différentes branches de la médecine. Notre thèse n'est peut-on dire qu'un chapitre de pathologie générale, et n'a qu'un but qui est de diriger l'esprit de l'observation vers cette recherche étiologique dans les affections qui semblent complètement étrangères à la syphilis.

On peut ainsi arriver à des résultats qui émerveillent et le médecin et le malade, tels ces basedowiens dont nous causons si longuement dans notre thèse.

Nous remercions, également, notre maître de nous avoir appris à manier avec tant de réflexion et de commodité ce merveilleux remède, *le mercure*, qui reste, encore à l'heure actuelle (1), l'unique traitement de cet important facteur. Les malheureux malades que nous avons vu mourir à la suite d'injection de sels insolubles ont suffi à nous convaincre de l'erreur de ceux qui leur injectaient, au hasard, peut-on dire, ces produits irrationnels.

Merci également à M. WILLETTE, l'aimable chef de clinique

(1) 1^o Communication de M. le Professeur GAUCHER, à l'Académie de Médecine ; 2^o Leçons cliniques du mercredi.

d'accouchement, qui fut pour nous plein d'affection, et à MM. DRUELLE, CLAUDE, LÉVY FRANCKEL, pour les bons conseils qu'ils ont nous donnés pour rédiger et mener à bonne fin notre travail, mais notre plus vive reconnaissance va naturellement à M. LÉVY FRANCKEL, chef de clinique, qui a mis à notre disposition et son temps, et sa bibliothèque, et ses vastes connaissances de pathologie générale.

INTRODUCTION

APERÇU GÉNÉRAL

L'études des glandes à sécrétion interne est de date récente, sans doute à cause de la situation profonde, peu accessible, de beaucoup d'entre elles, à cause aussi de leur volume minime et de la rapidité avec laquelle elles s'altèrent après la mort.

Dans beaucoup d'autopsies, les auteurs passent sous silence l'aspect des *surrénales*, du *corps thyroïde* et bien rares sont les protocoles de nécropsie où nous trouvons un examen, même *macroscopique*, de la *pituitaire*.

C'est dire que les documents sur ce sujet n'abondent pas ; cependant, il est une glande vasculaire sanguine dont les rapports avec la *syphilis* sont bien établis c'est la *surrénale*. Dès 1880, c'est-à-dire à une époque où l'attention n'avait encore jamais été attirée sur des faits de cet ordre, M. le PROFESSEUR GAUCHER publia un cas de *maladie d'Addison* (1) qui avait comme substratum anatomique des *lésions gommeuses des capsules surrénales*.

Celles-ci, normales comme volume, étaient fluctuantes au toucher « *chacune était creusée d'une cavité centrale, kys-*

(1) GAUCHER. *Annales de dermat. et syphiligraphie*, 1880, p. 291.

ttique, unique, remplie incomplètement non de liquide, mais de boue jaunâtre d'aspect caséux »).

Depuis, les observations de syphilis des capsules surrénales avec ou sans mélanodermie se sont multipliées, et JACQUET et SÉZARY (1) ont pu retrouver dans la glande le tréponème.

Comme nous n'apportons aucun document nouveau relatif aux rapports de la *surrénale* et de la *syphilis*, nous ne feront pas rentrer les *surrénalites syphilitiques*, bien connues et bien étudiées dans les traités classiques (2), dans le cadre de notre sujet.

Parmi les glandes mixtes; à la fois *exocrines et endocrines*, le *Pancréas* nous semble mériter particulièrement d'attirer l'attention : ses altérations pouvant, peut-être, éclairer la pathogénie de certains *diabètes infantiles*.

Mais ce sont surtout les glandes à sécrétion *endocrinique* pure telles que le *corps thyroïde* et l'*hypophyse*, sur lesquelles nous voulons insister.

Les localisations thyroïdiennes de la syphilis sont déjà classiques. C'est ainsi qu'il existe une *thyroïdite secondaire* caractérisée par une tuméfaction du corps thyroïde, qui serait fréquente (3); une *thyroïdite tertiaire* (4) qui serait rare. De même, les *dysthyroïdies syphilitiques* (5) sont bien

(1) JACQUET et SÉZARY. Surrénalite syphilitique de l'adulte. Présence de tréponèmes pâles. *Soc. Médic.* 23 mars 1906. N° 11

(2) Syphilis des capsules surrénales par Ribadeau-Dumas, in *Précis de syphiligraphie* du professeur Gaucher. Syphilis des viscères, page 456.

(3). RIBADEAU DUMAS. *Précis de syphiligraphie* du prof. Gaucher. Syphilis des viscères, pag. 200.

(4) *Id.* pag. 202.

(5) KOEHLER. *Berl. Klin. wochenschrift*, 1893, p. 743.

connues. Mais nous avons pu observer avec M. O. CLAUDE et LÉVY FRANCKEL, à la polyclinique de M. le professeur GAUCHER, plusieurs malades chez lesquelles étaient apparus, au cours d'une *syphilis acquise*, des symptômes nets de *maladie de Basedow*. Nous avons voulu essayer de préciser, en joignant aux nôtres quelques observations publiées antérieurement, le rôle étiologique de la syphilis dans la maladie de Basedow et nous avons tenté de discuter son rôle pathogénique.

Les rapports de la syphilis et de l'hypophyse n'ont encore jamais fait l'objet d'un chapitre spécial dans les traités. Etant donné ce que nous savons sur le rôle de l'hypophyse dans le développement des tissus osseux, il est possible que son altération, qu'il s'agisse d'*hyper* ou d'*hypofonctionnement* dans certaines *syphilis acquises* ou surtout héréditaires, nous permette d'expliquer certaines dystrophies *hérédosécifiques* dont le mécanisme est encore obscur.

HISTORIQUE DE LA QUESTION. La partie historique de notre étude sera brève. Comme nous l'avons dit, les documents sont encore peu nombreux, et chemin faisant, nous citerons les auteurs ayant étudié la question qui nous intéresse.

Ce fut, nous l'avons dit, le professeur GAUCHER qui pour la première fois, en 1880, publia l'étude clinique et anatomique de l'altération d'une *glande vasculaire sanguine* par la syphilis.

Il s'agissait de *Syphilis des surrénales*. « Chez une femme de 56 ans, portant des ulcérations irrégulières, taillées à pic,

de nature manifestement syphilitique, malgré ses dénégations réitérées. »

A propos de *syndrome addisonnien* que présenta cette femme, citons M. le P^r GAUCHER, qui, *le premier, laisse entrevoir la dissociation future de la maladie d'Addison en symptômes addisonniens et maladie d'Addison proprement dite.*

« Est-il légitime de conclure qu'il y a une relation directe, entre la coloration noire de la peau et les lésions des capsules surrénales ? Cela est probable, et si les cas de ce genre se multipliaient, peut-être arriverait-on à dissocier, en quelque sorte, les éléments complexes de la maladie d'Addison, et à prouver que dans cette affection, la mélanodermie seule est sous la dépendance de l'altération surrénale, tandis que les troubles nerveux et digestifs, l'affaiblissement graduel seraient liés plus spécialement aux lésions du plexus solaire et du grand sympathique.

M. le P^r PIERRE MARIE (1) en 1883, à propos de deux observations de *maladie de Basedow* apparue chez des syphilitiques, se demande s'il n'y aurait pas un rapport entre les deux affections.

« Comment envisager les faits ? faudra-il décrire *une maladie de Basedow syphilitique* ? » Mais l'auteur conclut que la syphilis n'agit que comme un accident : « comme une cause d'ébranlement pour l'organisme tout entier. »

En 1888, la question est reprise à la *Société médicale des hôpitaux*, par M. BARIÉ (2) qui voit dans certains

(1). P. MARIE. Th. Paris, 1882-1883, pag. 51.

(2) BARIÉ. *Société médicale des hôpitaux*. 1888, pag. 501.

syndromes *Basedowiens*, une manifestation tabétique, opinion qui est vivement contestée dans la même séance par M. JOFFROY (1). M. INGELRANS (2) en 1898, puis M. DÉLÉARDE (3) en 1899, publient des observations en faveur de la thèse de M. BARIÉ.

Enfin PENZOLDT (4), en 1907, publie 3 observations, que nous rapportons dans ce travail, de *Basedowiennes* guéries ou améliorées par le traitement mercuriel.

A côté de ces travaux qui ont trait surtout au *syndrome d'hyperthyroïdisation*, il en existe d'autres sur le *myxœdème syphilitique acquis*.

KÆHLER (5), POSPELOW (6) ont rapporté des cas de *myxœdèmes* améliorés par le traitement spécifique.

Si la syphilis du *corps thyroïde* n'a encore été que peu étudiée, il n'en est pas de même de celle du *pancréas*. La syphilis acquise du *pancréas* n'a donné lieu qu'à peu de travaux d'ensemble : citons les observations de STEINHAUS (7) de MICHAÏLOFF, de MANCHOT, citées dans la thèse de TROLLER (8) et que nous rapportons ici.

Mais par contre, la *syphilis héréditaire* du *pancréas* est

(1) JOFFROY. *Société médicale des hôpitaux*. 1888, pag. 503.

(2) INGELRANS. *Echo médical du Nord*. 1898, page 580.

(3) DÉLÉARDE. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1899, n° 5, pag. 52.

(4) PENZOLDT. *Munch. Klin. Wochenschrift*. 1907, LIV, 240.

(5) KÆLLER. *Berl. Klin. Wochen*, 1892, p. 743.

(6) POSPELOW. *Monat. für prat. dermatologie* band 19, n° 3 et Ribadeau Dumas dans la syphilis des viscères. Précis de M. le prof. Gauthier, page 206.

(7) STEINHAUS. *Journal médical de Bruxelles*. 28 mars 1907.

(8) TROLLER. *Th. de Paris*. 1905, page 80.

bien connue: M.le Pr. GAUCHER insista à plusieurs reprises, dans ses cliniques du Dimanche à l'hôpital Saint-Louis, sur l'origine spécifique du diabète infantile.

Les noms HECKER (1), MRACEK (2), CHIARI (3), et enfin la thèse importante DE FAROY (4), marquent les principales étapes de la question.

Quant aux rapports de la syphilis avec l'acromégalie et la maladie de Paget, ils n'ont jamais encore été l'objet d'une revue d'ensemble. Nous discuterons plus loin l'origine glandulaire de cette dernière affection.

Citons les noms de LANNELONGUE (5) et de FOURNIER (6) qui ont insisté sur la nature spécifique de la maladie de Paget; la thèse de THAON (7), sur l'acromégalie dans les infections et les intoxications; celle de PATRY (8), sur l'acromégalie. Avant 1885, une observation de TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et HARVIER sur la syphilis héréditaire de l'hypophyse que nous rapportons plus loin en entier.

Les noms de MM. GANDY (9), DALCHÉ (10), DUPRÉ (11), RENON DELILLE et MONIER VINARD (12), se rattachent à l'étude de l'insuffisance de la sécrétion interne des testicules.

(1-2-3) *Loco citato*. V. chap. Pancréas.

(4) FAROY. Thèse Paris, 1909.

(5) LANNELONGUE. *Bulletin de l'Académie de médecine*. 3 mars 1903.

(6) FOURNIER. *id.* 31 mai 1903.

(7) THAON. Th. Paris, 1905-1906.

(8) PATRY. Th. Paris, 1907-1908.

(9) GANDY. *Société médicale des hôpitaux*. Déc. 1906, p. 1236.

(10) DALCHÉ. *id.* 7 juin 1901, p. 567 et 23 mai 1902, pag. 478.

(11) DUPRÉ. Th. Paris, 1905, obs. XV, page 60.

(12) *Gazette des hôpitaux*. 1909, n° 16, p. 192.

CHAPITRE I^{er}.

SYNDROME DE BASEDOW DANS LA SYPHILIS. I. — SYPHILIS ACQUISE ;

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

I. — SYPHILIS ACQUISE.

Étiologie. — Chez les syphilitiques présentant des *symp-tomes basedowiens* que nous avons pu observer, où dont nous avons recueilli les observations, nous n'avons pas le plus souvent retrouvé trace de prédisposition névropathique.

Il ne semble pas qu'aucune de ces malades qui sont cependant surtout des femmes aient, présenté, autrefois, des stigmates d'*hystérie* nets et capables d'attirer l'attention. Seule la malade de l'observation x présente de l'abolition du réflexe pharyngien et la sensation de boule œsophagienne. La seule autre observation où il soit fait mention de l'état nerveux antérieur du sujet est l'observation xiii, mais c'est pour nier tout antécédent névropathique.

De même, nous ne trouvons aucun choc nerveux, aucun traumatisme, aucun drame moral précédant l'éclosion des premiers symptômes de la maladie.

Moment d'apparition. — La date d'apparition par rapport au début de la syphilis est assez variable ; c'est tantôt, pendant la période secondaire, 12 mois (Obs. vii, xi, xiii), 14 mois (Obs. x), deux ans 1/2 (Observ. i), après le début,

des accidents, qu'apparaissent les premiers symptômes de la *maladie de Basedow*. Tantôt, c'est plus tard, au bout de 3 ans, (Obs. II et XII), de 4 ans, (Obs. IV). Tantôt enfin, la syphilis est beaucoup plus ancienne, 13 ans (Obs. III), 15 ans (Obs. VII).

Rapports avec les poussées cutanées. — Les rapports avec les poussées cutanées ou muqueuses présentent un certain intérêt. Remarquons tout d'abord que dans beaucoup de nos observations, la région *bucco-pharyngée* a été sévèrement touchée : chancre de la lèvre inférieure (Obs. I), accidents pharyngés à répétition, à évolution ulcéreuse (Obs. III), plaques muqueuses amygdaliennes récidivantes (Obs. X et VII), perforation de la base de la luette, avec cicatrices d'ulcérations anciennes du voile du palais (Obs. XI), ulcérations de la gorge (Obs. XIII).

Le plus souvent, d'ailleurs, il n'y a pas coïncidence du début des accidents basedowiens avec une poussée de lésions syphilitiques muqueuses ou cutanées : (Obs. I, II, III, IV, V, VIII, XII), où les accidents cardiaques ou thyroïdiens apparaissent en dehors d'une poussée éruptive. Par contre, dans l'observation VII, le début des accidents coïncide avec une roséole ; dans les observations IX et XI, avec de l'angine spécifique ou des papules.

Action du traitement. — *L'intensité du traitement hydragyrique antérieur à l'apparition des symptômes basedowiens ne paraît pas avoir une grande influence sur les accidents.* Si, dans les observations (IV, V, VII, X, XII), le traitement antérieur fut nul, puisqu'il s'agissait de syphilis ignorée, s'il fut insuffisant dans les obs. (I, XIII, XIV), par

contre, nous voyons que dans certains cas, *un traitement très actif* n'empêche pas l'apparition des accidents (Obs II, VIII, XI, XV).

Cependant, il est à noter que les malades des observations II et VIII, qui se sont traités très activement, n'ont vu apparaître les symptômes basedowiens qui 5 et 15 ans après le début de l'infection.

Nous savons d'ailleurs, depuis les communications de M. le PROFESSEUR GAUCHER (1), *que le traitement mercuriel a peu d'action préventive sur les accidents cutanés musqueux ou viscéraux de la syphilis*,

Mode d'invasion de l'affection. — Nous n'avons jamais observé personnellement de début brusque des phénomènes *basedowiens* chez les syphilitiques ; dans les observations que nous avons dépouillées, le début était toujours *progressif* (Obs. I, II, III, VIII, X, XII, XV). Parfois même le début se fit à l'insu de la malade et ce fut le médecin, qui remarqua le premier les symptômes caractéristiques (Obs. I, VII, XI, XIV). Dans un seul cas, le début paraît avoir été, sinon brusque, du moins rapide (Obs. XIII) et, fait intéressant, il s'agit d'un homme.

Le *mode d'invasion* du syndrome est à peu près toujours le même : qu'ils s'agissent de syphilitiques tertiaires ou de secondaires, c'est presque toujours la *tachycardie* qui attire

(1) Prof. GAUCHER. Inutilité préventive du mercure dans le traitement de la syphilis (congrès pour l'avancement des sciences. Clermont-Ferrand, août 1908).

l'attention de la malade ; ce qui n'a pas lieu de nous étonner, puisqu'il faut déjà que le *corps thyroïde* prenne un certain développement pour que son hypertrophie devienne appréciable, tandis que les crises de tachycardie frappent facilement l'attention de la malade.

Tantôt, ce sont des crises de tachycardie légères, qualifiées seulement d'*éréthisme cardiaque*, et qu'on ne rattache à un *syndrome basedowien* que quand apparaissent le tremblement et la saillie oculaire (Obs. II). Tantôt, ce sont de simples palpitations, qui, peu à peu s'accroissent et deviennent de véritables crises tachycardiques le nombre des pulsations pouvant atteindre 140 (Obs. III). Tantôt enfin, ce sont des crises violentes, réveillant la malade la nuit (Obs. XII.) et atteignant sa santé générale.

En somme, dans sept observations, la tachycardie est le premier symptôme (Obs. II, III, V, VIII, XII, XIII, XVI), l'hypertrophie du corps thyroïde attire l'attention avant toute autre manifestation (Obs. IX, XI, XV), encore dans ce cas semble-t-il bien qu'il s'agisse d'un *goitre basedowifié* : la malade hérédo-syphilitique présente un goitre, elle contracte la syphilis et un an après, apparaissent le tremblement et les bouffées de chaleur, ainsi que des crises tachycardiques.

Dans un cas de CHWOSTEK (Obs. XIII), une exophtalmie légère précède les autres symptômes, ici, semble-t-il encore, que nous ayons à faire à un *goitre basedowifié*.

Enfin dans l'obs. X, des *métrorragies* abondantes, probablement syphilitiques, dit M. BOISSARD, — et son opinion est confirmée puisqu'elles cèdent au traitement mercuriel—précèdent de 3 mois l'apparition de l'*éréthisme cardiaque*.

Symptomatologie. — L'ensemble des symptômes de la maladie de *Basedow* est rarement au complet, et, le plus souvent, les syphilitiques qui deviennent basedowiennes présentent les symptômes d'un *Basedow fruste*.

a) *Tachycardie*. De même que la *tachycardie* est le premier symptôme, de même, c'est aussi le symptôme le plus constant ; elle est notée dans presque toutes nos observations, sauf dans l'observation XI, où les seuls symptômes de *Basedow* sont l'augmentation de volume du corps thyroïde et les bouffées de chaleur. C'est donc une forme tout à fait fruste.

Dans les autres cas, les palpitations sont tantôt violentes empêchant la malade de dormir, accompagnées de battements artériels (Obs. XII), tantôt très supportables, simples éréthisme cardiaque (Obs. IX et X).

b) *Goitre*. — Le goitre manque assez souvent, ou du moins peut être très peu marqué.

Il existe une augmentation nette du corps thyroïde (obs. I, II, III, IV, VII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVII), le corps thyroïde, par contre, semble normal dans l'obs. V.

c) *Exophtalmie*. L'exophtalmie n'est jamais notée seule. Lorsqu'elle existe, elle est toujours accompagnée d'un tableau complet du *syndrôme*.

d) *Tremblement*. Le tremblement associé au goitre et aux palpitations existe dans les obs. VII ; dans l'obs. IX, il constitue avec le goitre, le seul symptôme de la maladie de *Basedow*.

Dans les observations, xv, xvi, il s'accompagne de tachycardie et de phénomènes oculaires.

Enfin dans six observations on note un *syndrome de Basedow* complet (obs. I, II, III, IV, XII, XIII,) la tachycardie très marquée dans l'obs. XII, s'accompagne de battements artériels, qui « retentissent jusque dans le cerveau ». En même temps, il existe un état mental : nervosisme et lymanie.

Influence du traitement mercuriel et ioduré. — C'est là un point important sur lequel nous voulons insister ; en effet la symptomatologie observée chez les *basedowiens* syphilitiques est banale : les symptômes n'offrent rien de spécial, ni dans leur apparition, puisque c'est presque toujours la tachycardie qui est le premier symptôme, ni dans leur groupement. De plus, la notion de spécificité antérieure ne permettrait pas d'affirmer l'origine du *syndrome* ; l'apparition de la tachycardie, un temps variable après le début de la syphilis, du goitre ; de tremblement, seuls ou associés, pourrait n'être qu'une simple coïncidence et le vieil adage « post hoc, sed non propter hoc » ne nous permettrait pas d'affirmer l'étroitesse des relations entre la *syphilis* et certains *syndromes basedowiens*.

Mais l'influence du traitement a une valeur toute autre ; c'est même actuellement encore le seul *critérium à peu près sûr* que nous ayons de la nature d'une lésion, qu'elle soit cutanée ou viscérale.

Dans le cas particulier de la syphilis, l'épreuve du traitement, quoique on voie certaines bacillooses locales atténuées d'une façon passagère par le mercure, a plus de valeur que la très infidèle réaction de WASSERMANN.

Examen des observations de syndrome Basedowien chez des syphilitiques. — L'observation I est, certes, une des plus *typiques*, malgré une intolérance marquée pour le mercure — La malade a de la diarrhée après cinq piqûres de benzoate de mercure de 1 cm³. — Après deux séries de quinze piqûres de benzoate, les crises de *tachycardie paroxystiques*, qui tourmentaient la malade plusieurs fois par semaine, ont *complètement disparu* ; le pouls est encore rapide (110 pulsations par minute), le *tremblement* a diminué, l'*exophthalmie* aussi. Les crises de tachycardie n'ont pas reparu en octobre ; et, à ce moment, le pouls est normal, le *tremblement* a disparu, l'*exophthalmie* est à peu près nulle. Seul le corps thyroïde est un peu gros. Depuis, nous avons revu la malade qui est en très bon état. — En somme, trois séries de benzoate de mercure ont amené un résultat remarquable et non une simple rémission. — A part une léger éréthisme cardiaque au moment des règles, une légère *hypertrophie du corps thyroïde*, il n'existe plus *aucun symptôme basedowien*. —

Dans l'observation II, l'éréthisme cardiaque apparu en Janvier 1910, persiste malgré le traitement général (aconit hémoglobine cacodylate) jusqu'en avril.

A ce moment, on donne le traitement mercuriel et ioduré et, dès le 2^e mois le cœur est amélioré. — Malgré une crise de colique hépatique qui interrompt le traitement, l'amélioration s'accroît en Juin après une nouvelle série de piqûres. Le tour de cou diminue, l'éréthisme cardiaque cesse, l'amélioration persiste en octobre.

Les observations (III, IV, V), sont des observations allemandes moins détaillées que celles que nous avons pu

recueillir dans le service de M. le Professeur GAUCHER. Dans l'observation III, PENZOLDT nous dit seulement que la malade reçut 100 grammes d'iodure de potassium, 2 grammes d'un mélange iodo-hydragyrique et qu'après elle ne présentait plus aucun signe de *Basedow*, et que le poids du corps avait augmenté de 92 à 129 livres. Dans l'observation IV, le traitement consiste en 80 grammes d'iodure de potassium et 6 grammes de solution iodo-hydragyrique ; l'exophtalmie diminue rapidement, l'état général s'améliore ainsi que l'état mental. Il ne semble pas, par contre, que le traitement ait eu une action favorable sur la tachycardie. Dans l'observation V, la tachycardie, qui avait résisté au traitement par le repos et la digitale, cède en quelques semaines au traitement mercuriel. Il s'agit d'ailleurs, d'une *tabétique*, l'auteur ne nous dit pas ce que deviennent ses symptômes *de tabès*, et s'ils ont été améliorés en même temps que la tachycardie ; l'état mental est aussi heureusement influencé.

PENZOLDT ajoute, qu'alors que la plupart du temps, les *basedowiens* supportent mal l'iodure de potassium, dans un petit nombre d'observations, dont les siennes, ce produit est bien supporté. Il conclut son étude en disant que dans certains cas de *syndrome de Basedow*, la syphilis peut jouer un rôle causal. *Il convient si la syphilis est avérée ou fortement soupçonnée d'instituer un traitement mercuriel énergique (1).*

La malade de l'observation VII ne présentait pas d'amélioration après 10 piqûres, elle a un *iritis* et depuis on l'a perdue de vue.

(1) PENZOLDT.

Pas d'amélioration nette chez la malade de l'observation VIII.

Si ses crises *d'éréthisme cardiaque* semblent devenues moins fréquentes, moins douloureuses, le tremblement au contraire est exagéré par le traitement mercuriel. L'ecthyma, dont elle reçoit dix piqûres, n'influence pas davantage ce symptôme.

Dans l'observation IX, le goitre et la tachycardie persistent après 15 piqûres, le traitement est peut-être insuffisant, mais la malade n'a pas été revue. (Observation négative).

De même la malade de l'observation X, *syphilitique*, qui, mise au traitement mercuriel pour des crises d'éréthisme cardiaque et de la congestion de la face, n'est pas revenue à la consultation.

Dans l'observation XI, le mercure et l'iodure, font disparaître rapidement les bouffées de chaleur mais sont sans influence sur le goitre. — Il est vrai que la malade n'a eu que 15 piqûres et 8 grammes d'iodure ce qui est insuffisant comme traitement. — La disparition des bouffées de chaleur est une indication favorable.

L'observation XII est une des plus *frappantes* : Après huit piqûres de benzoate, l'état de la malade est déjà très amélioré, les *crises tachycardiques*, qui réveillaient la malade toutes les nuits depuis quatre mois ont à peu près disparu, il ne reste qu'un léger éréthisme cardiaque. Après 16 piqûres, l'amélioration s'accroît, le tremblement disparaît, l'exophtalmie diminue, l'état mental s'améliore et la malade peut reprendre son travail.

Dans l'observation XIII, l'auteur attribue au traitement mercuriel ou ioduré, le développement des symptômes de la *maladie de Basedow*.

L'observation xv est celle d'une malade hérédo-syphilitique atteinte de goitre simple. Secondairement, après que le sujet eut contracté la syphilis, le goitre se basedowifie.

Le traitement ne semble avoir qu'une influence peu marquée sur le goitre qui aurait diminué de volume. La malade de l'observation xvi. — Tachycardie et tremblement 12 ans après le chancre, — n'a pas été revue après son traitement, de même celle de l'observation xvii.

En résumé, parmi nos observations sept sont positives, les symptômes de *Basedow* ont été *améliorés* chez ces malades ou ont disparu *complètement* par le traitement spécifique (obs. i, ii, iii, iv, v, xi, xii), sept autres sont négatives; le traitement n'a eu qu'une influence faible ou nulle (obs. vii, viii, ix, x, xiii, xiv, xv).

Dans 3 observations enfin, la malade n'a pas été revue depuis le début du traitement, ou celui-ci n'a pas été appliqué (obs. xvi, xvii, xviii.)

Il semble donc qu'on puisse observer chez les syphilitiques *deux catégories de faits*. Des phénomènes basedowiens cédant au mercure et à l'iodure, et d'autres ne cédant pas à ces mêmes médicaments. Cela, d'ailleurs, n'a rien qui doive nous étonner; il est impossible d'admettre que le *syndrome de Basedow* est toujours d'origine syphilitique, car des causes multiples et d'origines diverses peuvent le réaliser. — Dans ce dernier cas, il est facile de comprendre que le traitement spécifique sera sans action.

Réaction de Penzoldt. A cette différence de réaction thérapeutique, s'en ajoute une autre, que Penzoldt avait noté avant nous.

La plupart du temps, les *vrais basedowiens* supportent mal l'iode et les iodures ; dans les *Basedow* d'origine *syphilitique* l'iodure est très bien supporté. C'est en quelque sorte un médicament « pierre de touche ». L'intolérance au mercure est assez rare et nous ne l'avons noté que dans l'observation 1, où, assez rapidement, après cinq piqûres apparaît une *diarrhée assez abondante*.

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les observations de *goitre exophtalmique* chez les *hérédo-syphilitiques* ne sont pas fréquentes ; mais, nous avons pu en recueillir trois, dont une inédite.

Nous les donnerons à la suite des observations de *mala-die de Basedow* chez des syphilitiques. — Nous n'en pouvons d'ailleurs tirer aucune conclusion le traitement spécifique n'a pas été appliqué chez deux de ces malades (obs. xx et xxii). Dans l'observation xx, on n'a pas observé le malade au point de vue de l'évolution de ses symptômes basedowiens.

Enfin BARRET (1) rapporte plusieurs observations d'enfants de 5 à 7 ans, *Basedowiens*, avec des rates énormes, qui sont peut-être, des *hérédo spécifiques*.

(1) BARRET. Th. Paris, 1901 02, pag. 76.

CHAPITRE II.

MYXÆDÈME ET SYPHILIS.

Si les phénomènes *Basedowiens* apparaissant chez les *syphilitiques* sont encore mal classés, il n'est pas de même des *dysthyroïdies* d'origine syphilitique, dont l'étude a aujourd'hui sa place dans les traités classiques. Aussi n'y insisterons nous pas.

RIBADEAU-DUMAS (1). dans le précis de M. le professeur GAUCHER, en dit quelques mots ; KœHLER, (2) avait publié un cas de *myxædème* chez un syphilitique qui présentait un ulcère et une gomme à la partie antérieure du cou, lésions qui avaient cédé au traitement spécifique.

MENDEL (3) cite, également, un cas de Pospelow, qui aurait traité, avec succès, par le mercure et l'iodure, un *myxædème* avec *diabète insipide*.

L'observation que nous rapportons est celle d'un *hérédosyphilitique* (obs. XXIII), qui présente des *phénomènes myxædémateux*. Le malade est sorti trop tôt de l'hôpital pour qu'on ait pu juger l'action du traitement. D'ailleurs, il s'agit de lésions quaternaires, suivant la classification de M. le Professeur GAUCHER et le traitement n'a sur ces accidents *parasymphilitiques* qu'une action bien inconstante.

(1) RIBADEAU-DUMAS. Précis de Gaucher. tome II pag. 26.

(2) KœHLER. Berl. Klin. Woch. 1892. p. 743.

(3) MENDEL. La syphilis du corps thyroïde. Méd. Klinik, 1906. N° 32 pag. 833.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE CES MANIFESTATIONS THYROIDIENNES.

Position de la question. — Dans un certain nombre de cas les plus étudiés jusqu'ici et les plus évidents, [la syphilis agit sur le corps thyroïde *directement*, en le détruisant en totalité ou en partie ; nous n'insisterons pas sur le processus gommeux de la syphilis tertiaire, qui est pour le corps thyroïde ce qu'il est pour les autres organes, là comme ailleurs, les altérations vasculaires prédominent, et, le tissu glandulaire est frappé de sclérose, de dégénérescence caséuse.

Mais dans d'autres cas, et, ce sont ceux qui nous intéressent surtout, on a affaire à un véritable *syndrome Basedowien*.

Quel est donc alors le rôle de la syphilis dans l'apparition de ce syndrome ?

Il nous faut, tout d'abord, exposer comment on conçoit actuellement la pathogénie des *syndromes basedowiens*.

Nous disons *syndrome*, car, on n'est pas encore d'accord sur l'unité d'origine du goitre exophtalmique. Au congrès de médecine de 1907, M. SAINTON (1) s'exprimait en ces termes : « la maladie de Basedow n'est pas une entité morbide

(1) SAINTON. Congrès de médecine de Paris, octobre 1907. *Gazette des hôpitaux*, 24 oct. 1907. N° 122, pag. 1437.

mais un *syndrome* qui reconnaît des causes diverses..... Il semble exister une maladie de Basedow *essentielle*, consistant en un trouble primitif de la *sécrétion thyroïdienne*..... à côté de cette forme clinique, il y a d'autres syndromes basedowiens ».

Théorie nerveuse.— Pour TROUSSEAU, CHARCOT, le goitre exophtalmique est une névrose du grand sympathique : TROUSSEAU a même retrouvé dans certaines autopsies de la congestion des ganglions du grand sympathique.

Cette théorie sympathique est admise, et admise à l'exclusion de toute autre par M. ABADIE (1).— De nouvelles expériences de M. MORAT (2) servent de base à son argumentation : « une excitation artificielle celle que nous réalisons avec l'électricité quand elle est portée sur la chaîne thoracique du grand sympathique, fait accélérer le cœur, saillir le globe oculaire, en même temps qu'elle fait rougir la face et congestionne le corps thyroïde, c'est-à-dire réalise les symptômes apparents du goitre exophtalmique. Une excitation pathologique et de durée prolongée pourra donc, si elle est de même localisée sur la partie thoracique de la chaîne du sympathique, avoir des effets d'exophtalmie, de tachycardie, de congestion faciale et thyroïdienne ».

Le goitre névrose bulbaire.— Pour MM. RENDU et RAYMOND, le goitre exophtalmique est encore une névrose, mais cette fois, c'est une névrose bulbaire : l'expérimentation, en effet, montre que la section des corps resti-

(1) ABADIE. *Gazette des hôpitaux*, mai 1908, pages 315 et suivantes.

(2) MORAT. Grand sympathique et corps thyroïde. *Revue médicale*, 22 décembre 1907.

formes chez le lapin, amène un *syndrome de Basedow* ; certains signes de goitre sont bulbaires, tels l'albumine et la glycosurie et ce qui donne à cette théorie un sérieux appui, c'est la coïncidence de *symptômes basedowiens* et de *symptômes tabétiques*. — Les observations de ces faits sont nombreuses et tout particulièrement intéressantes au point de vue qui nous occupe. — Dès 1874, FERREOL (1) publiait un cas de maladie de Basedow avec hypéralgésie et hémianesthésie pour lequel il concluait à des lésions bulbaires. — OPPENHEIM (2) a trouvé une atrophie du trijumeau chez un tabétique affecté de tachycardie.

MARIE et MARINESCO ont constaté l'atrophie bilatérale des faisceaux solitaires et des racines ascendantes des trijumeaux. M. BARIÉ (4) admet aussi que dans le cas de manifestation simultanée de *phénomènes tabétiques et basedowiens*, il y a plus qu'une simple coïncidence. et qu'il s'agit de lésions scléreuses remontant jusqu'au bulbe.

Théorie thyroïdienne. — Mais ces lésions sont inconstantes ; aussi la théorie bulbaire a-t-elle perdu du terrain.

« La théorie de la névrose a fait son temps » dit BACALOGLU (5) à propos d'une intéressante observation d'adénome kystique du corps thyroïde.

Aussi lui a-t-on opposé, (MÆBIUS) la théorie d'*hyperthy-*

(1) FERREOL. *Société médicale des hôpitaux*, Nov. 1874.

(2) OPPENHEIM. *Arch. Psychiâtrie*, 1888, vol. XX.

(3) MARIE et MARINESCO. *Revue neurologique*, mai, 1893. p. 250.

(4) BARIÉ. *Société médicale des hôpitaux*, 14 Décembre, 1888, et Chamberlain. *Th. Paris*, 1893-1894, pag. 90 et suivantes.

(5) BACALOGLU. *Gazette des hôpitaux*, 11 janvier 1900, n° 4, pages 33-34.

roïdation, d'après laquelle la sécrétion thyroïdienne serait exagérée ; d'autres, avec GAUTHIER, RENAULT, JOFFROY supposent que la glande thyroïde sécrète une *iodothyline* anormale, *dysthyroïdation*, enfin quelques auteurs admettent une *insuffisance parathyroïdienne*.

Il semble donc que la multiplicité des lésions trouvées à l'autopsie et des données étiologiques, l'action variable des différentes thérapeutiques, autorisent à admettre la théorie éclectique proposée au congrès de médecine de 1907 par MM. SAINTON (1), BALLET, DELHERM (2).

Mais, à côté des différents modes de traitement qu'ils préconisent, *associé à ces traitements et même appliqué seul il faudra essayer le traitement spécifique*, si l'on retrouve dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, *le moindre indice de syphilis*.

Action de la syphilis. — Mais comment la *syphilis* peut-elle agir pour provoquer le *syndrome basedowien* ? S'agit-il de compression du grand sympathique ?

Peut-être certaines observations de goitre exophtalmique chez des syphilitiques avec inégalité pupillaire pourraient faire, dans certains cas tout au moins, admettre cette théorie.

HARTMANN (3) publie plusieurs observations de cet ordre.

(1) SAINTON. *Loc. cit.*

(2) BALLET et DELHERM. *Gazette des hôpitaux*, 24 octob. 1907, n° 122, page 1459.

(3) HARTMANN. *Les pupilles dans la maladie de Basedow*. Th. de Paris, 1908-1909, p. 31. Obs. XXXVI et XXXVII.

Il élimine, un peu rapidement peut-être, la possibilité d'une syphilis méningée à cause du jeune âge des malades.

Mais dans la plupart des cas, on ne retrouve aucun signe de compression du sympathique, on peut, peut-être, admettre dans ces cas *une irritation bulbaire par une plaque de méningite* ou une gomme.

La ponction lombaire aurait-elle pu nous donner une indication à ce sujet ? Tous nos malades étant syphilitiques, et la réaction méningée étant banale au cour de la syphilis, nous n'avons pas pratiqué la ponction lombaire.

Voici deux faits publiés par REINHOLD qui fournissent un point d'appui à l'*origine bulbo-protubérantielle* de certains syndromes basedowiens chez les syphilitiques. REINHOLD (1) a rapporté deux observations de *tachycardie paroxystique* avec *lepto-méningite* de la base chez des syphilitiques. Le premier cas a trait à une ancienne syphilitique chez laquelle en dehors du tableau clinique de la *tachycardie paroxystique* avec un pouls allant, pendant les accès, jusqu'à 180 et 200, on ne trouvait qu'un peu de retard du réflexe lumineux. Cette femme en courbant le tronc en avant, et baissant la tête, pouvait arrêter ses accès de tachycardie, à l'*autopsie*, lepto-méningite de la base, surtout marquée au niveau de la protubérance.

Dans le second cas, la tachycardie était moins accusée, le cœur ne battait que 140 à 160 fois à la minute à l'*autopsie* : gomme cérébrale.

L'objection à faire à cette manière de voir est la suivante, la *tachycardie paroxystique* n'est pas la maladie de Base-

(1) REINHOLD. Zeit f. Klin. méd. (LIX) p. 168, 183. Beiträge zur pathogenese des paroxym. tachycardie.

dow. Ce sont deux affections totalement indépendantes et dont l'évolution, le *diagnostic*, et le *pronostic* diffèrent essentiellement.

Il semble, et certains auteurs l'admettent, que la distinction entre les deux affections n'est pas aussi tranchée que les classiques l'enseignent.

GORDON-HILL, cité par SAINTON (1) a tenté le rapprochement des deux névroses. Pour M. BOIX (2), il peut y avoir dans un goitre exophtalmique plus ou moins fruste, des crises de tachycardie ressemblant absolument à celles de la maladie de BOUVERET.

C'est aussi l'opinion de M. VAQUEZ (3), par contre, M. MERKLEN (4) à la même séance de la société médicale des hôpitaux, tentait de distinguer la *tachycardie paroxystique* et la *tachycardie basedowienne*. — Quoiqu'il en soit, c'est une question controversée et qui appelle encore de nouvelles recherches. — Enfin, peut-on admettre dans certains cas, une action directe de la syphilis [par ses *microorganismes* ou ses *toxines* sur la *glande thyroïde*, pour provoquer une *hypersécrétion thyroïdienne* ou une viciation de cette sécrétion ? C'est possible, mais rien ne vient jusqu'ici étayer cette hypothèse, et il est probable que la syphilis agit surtout sur la glande thyroïde elle-même pour provoquer le *myxœdème*,

Avant de clore cette discussion pathogénique, il est deux

(1) SAINTON. In Brouardel-Gilbert. T. X. P. 637.

(2) BOIX. In-Bouchard, T. X. p. 570.

(3) VAQUEZ. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*. 23 mai 1902.
MERKLER. Id. id.

points encore sur lesquels nous voudrions insister : C'est, tout d'abord, l'influence des lésions du *cavum-naso-pharyngé* sur l'apparition du goitre. C'est ensuite, la question si controversée des rapports de la maladie de *Basedow* et du *tabès*.

Influence des lésions du naso-pharynx sur le développement du goitre. — Nous avons vu que dans sept de nos observations, l'apparition des phénomènes basedowiens avait été précédée de lésions du naso-pharynx ou d'accidents de la face (Obs. I, III, X, VII, VIII, XI, XIII).

Cette très grande fréquence nous amène à nous demander s'il n'y a pas plus qu'une *coïncidence fortuite*, et si les lésions du *naso-pharynx* et de la face ne peuvent favoriser le développement du *syndrome de Basedow*.

Cette question a déjà fait l'objet d'un travail bien documenté de M. HAMON DU FOUGERAY (1) du Mans.

Voici les conclusions de cet auteur :

1) Les lésions vasculaires de l'œsophage produisent le goitre simple ; celles du cavum et du nez causent l'exophtalmie, celles des muqueuses du nez et du pharynx donnent le goitre et l'exophtalmie.

2) Les lésions *musculaires, vasculaires* et *sympathiques* occasionnent l'association du goitre et des troubles cardiaques ; celles du cavum et du nez déterminent de l'exophtalmie et des troubles cardiaques ; les lésions de tout le *rhino-pharynx* donnent lieu à la maladie de *Basedow classique*.

(1) HAMON DU FOUGERAY. De l'origine rhino-pharyngienne des goitres. *Progrès Médical*, n° 21, 25 mai 1901, page 337.

Si cette manière de voir était confirmée, la maladie de *Basedow* ne serait plus un accident d'*origine syphilitique* même quaternaire : ce serait simplement la conséquence d'une lésion ulcéreuse du voile ou du pharynx, lésions qui pourraient être aussi bien *banales* que *spécifiques*. Mais dans ce cas, l'influence de traitement qui a été *nette* dans plusieurs observations, ne pourrait s'expliquer nettement.

Rapports de la maladie de *Basedow* avec le tabès. — La question des rapports entre la maladie de *Basedow* et l'*ataxie locomotrice* progressive a soulevé d'intéressantes discussions, particulièrement entre MM. JOFFROY et BARIÉ, à la Société médicale des hôpitaux en 1888.

Nous avons effleuré cette question au paragraphe précédent, mais nous voulons y revenir ici, peut-être avec les quelques faits nouveaux que nous apportons pourrons-nous, sinon résoudre cette question délicate, mais tout au moins la poser d'une autre façon.

Si nous dépouillons les observations de maladie de *Basedow* chez les tabétiques, publiées jusqu'ici, nous verrons *que presque toujours les symptômes de Basedow ont précédé les signes du tabès*.

Dans 3 observation de JOFFROY sur 6, les signes de *Basedow* ont précédé les signes de l'*ataxie locomotrice* ; de même, pour la malade d'INGELRANS (2) les deux malades de DELÉARDE (3) ont eu leur goitre 10 ans avant le tabès (obs. XXII)

(1) JOFFROY. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1888, p. 503.

(2) INGELRANS. *Echo médical du Nord*, 1898, P. 580.

(3) DELÉARDE. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1899 n° 5, pag. 52.

« Lorsque les signes complets de *goitre exophtalmique*, dit DELÉARDE, apparaissent dans le cours de l'évolution du *tabès*, il ne semble pas étonnant que les auteurs qui ont remarqué cette seconde affection venant se greffer sur la première l'aient rattachée à celle-ci..... Mais la majorité des cas montre le *goitre* précédant le *tabès*, et même le devançant à de longs intervalles, 19 ans, 29 ans. chez deux malades de JOFFROY, 10 ans chez mon sujet. Cette période de temps est trop considérable pour soutenir que le *tabès* s'est arrêté dans son évolution. »

Ne serait-on pas en droit de se demander si l'apparition chez un syphilitique de *phénomènes basedowiens*, ne pourrait pas faire prévoir, à plus ou moins longue échéance, l'évolution de *symptômes tabétiques*.

Il est vrai que pour plusieurs de ces malades, la syphilis n'est pas mentionnée dans l'observation ; parfois, même, elle est nettement éliminée. (Obs. d'INGELRANS, une des observations de JOFFROY) et cependant, on admet à peu près généralement aujourd'hui que le *tabès* implique l'existence d'une *syphilis antérieure* acquise ou héréditaire.

Il nous semble donc possible que dans certains cas, les signes de Basedow peuvent précéder et annoncer ceux de *l'ataxie locomotrice progressive*.

Nous concluons cet exposé des rapports entre la *syphilis* et la maladie de Basedow par une citation de M. le Professeur agrégé ZIMMERN (1), après avoir relaté brièvement l'observation d'une *Basedowienne* avec paralysie radiculaire du bras gauche.

(1) ZIMMERN. *Bulletin Officiel* de la société d'électrothérapie. Juin 1903, p. 159.

— « Il fallut bien songer à une atteinte au niveau du trou de conjugaison ou de la moelle ; il est possible que dans ce cas, il ait pu s'agir de syphilis acquise ou héréditaire, et il y a lieu de pratiquer *systématiquement* cette recherche ce que l'on ne fait guère en présence d'un *Basedow*. »

CHAPITRE IV

DIABÈTE PANCRÉATIQUE.

I. — SYPHILIS ACQUISE. II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

I. — Syphilis acquise du pancréas. *Le pancréas* a une double fonction ; il sécrète, à la fois, le suc pancréatique et un ferment spécial : *le ferment glycolytique*, sécrétion interne, dont les flots de LANGHERANS seraient l'organe formateur.

L'existence de cette sécrétion interne a été démontrée par les rapports entre les lésions du *pancréas* et le *diabète*. Cliniquement, le diabète maigre, par *lésions pancréatiques* a été signalé par BOUCHARDAT, LANCEREAUX, et un grand nombre de travaux expérimentaux, sur lesquels nous n'avons pas à insister ici, ont confirmé cette hypothèse. MÉRING, MINKONSKI, GLEY, LÉPINE ont prouvé l'existence d'un diabète expérimental d'origine pancréatique.

Sans entrer dans les discussions encore récentes sur la nature et la division classique en *diabète gras* et *diabète maigre* (PARMENTIER ET CHABROL) (1), nous pouvons nous demander si la *syphilis acquise* ou *héréditaire* est susceptible de donner naissance au *diabète pancréatique*.

(1) PARMENTIER et CHABROL. Etude comparée du foin et du Pancréas dans 12 cas de diabète. *Société médicale des hôpitaux*, mai 1910.

Pour ce qui a trait à la syphilis acquise, la question est à peine ébauchée. Dans l'observation de M. STEINHAUS (obs. xx ix), il s'agit d'une femme de 47 ans, souffrant depuis 3 mois de douleurs à l'épigastre et dans le dos, accompagnées d'une grande faiblesse et d'un amaigrissement très prononcé.

Les urines contenaient par 24 heures, 180 gr. de sucre, 41 gr. d'urée et de l'acide diacétique. A l'autopsie, foie ficelé, et gomme du foie, sclérose du pancréas avec endartérite oblitérante.

Cette observation nous semble concluante.

La malade de l'observation (xxiv) (MICKAÏLOFF) présente un diabète maigre à marche rapide avec une tumeur de la région du pancréas.

L'origine spécifique de cette tumeur est certaine, puisque sa disparition est complète après un mois de traitement mercuriel. Mais sa nature est plus difficile à déterminer ; il s'agit probablement d'une gomme assez volumineuse s'associant, peut-être, à une sclérose interstitielle comme dans le cas de STEINHAUS.

Dans le cas de MANCHOT (obs. xxv), ce diagnostic de syphilis est fait sur les lésions testiculaires ; on trouve, en effet, dans ces glandes des traînées scléreuses, des noyaux fibreux, et une cicatrice ancienne sur le pénis. Le pancréas est atrophié ; les lobules sont séparés par des bandes fibreuses, mais pas plus que dans l'observation de STEINHAUS, nous ne sommes renseignés sur l'état des îlots de LANGHERANS.

De ces trois observations, l'on peut conclure qu'il y a un *rapport certain* entre la *syphilis*, le *diabète*, et les *lésions pancréatiques*.

Il semble légitime d'admettre que le *diabète pancréatique* est un accident tertiaire, à cause des antécédents éloignés des malades : c'est 19 ans après la tumeur (?) de la verge que débute le diabète dans l'observation xxiv. Le malade de l'observation xxv présente aussi des lésions testiculaires tertiaires. Dans l'observation xxix, il existe de nombreuses cicatrices sur les jambes de la malade.

Ceci est, d'ailleurs, confirmé par les lésions de sclérose constatées à l'autopsie. (Obs. xxv et xxix).

Mais à côté de ces observations typiques : il en existe dans la littérature médicale un certain nombre d'autres, qui sont, peut-être, si l'on admet *l'identité*, si fortement battue en brèche aujourd'hui, du *diabète maigre* et du *diabète pancréatique* de même origine que les précédentes.

Dans l'observation de JULLIEN, (1) une femme de 20 ans présente, en même temps qu'un amaigrissement bien marqué des ulcérations syphilitiques du pharynx et des symptômes de diabète.

Dans l'obs. xii de TROLLER (page 79), un « grand amaigrissement survint 11 ans après l'accident primitif » en même temps que de la polyurie, de la glycosurie et de la polydipsie. La malade de l'observation xxvi (page 87) maigrit de 8 kilogrammes en trois mois, en même temps que se manifestent les premiers symptômes du diabète. Le malade de l'observation xxvii (*Thèse Troller page 89*) « a l'air d'un phtisique avancé et cependant ses poumons sont sains. »

Il a perdu 10 kilogram. en un an. Il ne s'agit pas là de

(1) JULLIEN. *Maladies vénériennes*, page 648 et thèse Troller, page 85.

l'amaigrissement des diabétiques à la période de cachexie ; ce sont *nettement* des *diabètes maigres*. Quant à dire qu'il s'agit de diabète pancréatique, il nous semble impossible de *l'affirmer*, et la discussion d'une telle question, encore à l'ordre du jour actuellement, sort du cadre de notre travail.

Enfin, même pendant la période secondaire de la syphilis, on peut voir apparaître des signes de diabète maigre.

L'observation de DANLOS (1) est celle d'un syphilitique de 24 ans, syphilitique depuis un an, qui voit survenir *brusquement*, « *cette soudaineté du début est très en faveur du diabète pancréatique* » une exagération de la faim et de la soif, en même temps que de la polyurie (8 litres par jour). *Il est en pleine éruption de syphilides secondaires.*

De même que le début brusque, la grosse quantité de sucre (600 gr. en 24 heures), les crises diarrhéiques sont en faveur de l'origine pancréatique de ce diabète.

De même, dans l'observation xvii de Troller (page 84), les symptômes du diabète maigre coïncident avec des syphilides papuleuses.

Influence du traitement. — D'une façon générale, le traitement ne semble pas modifier favorablement les diabètes pancréatiques, sauf dans l'obs. xxiv où le mercure et l'iodure ont fait merveille en un mois.

Dans l'obs. xxv, aucun traitement ne put être appliqué, la malade étant dans le coma.

(1) DANLOS. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1901, page 628.

La malade de l'observation xxvi meurt malgré le traitement mercuriel qui semble aggraver les symptômes.

Cependant, dès que l'on *soupçonnera la syphilis* dans un cas de *diabète pancréatique*, il sera indiqué d'appliquer immédiatement le traitement mercuriel.

« On peut même se demander, lorsqu'on ne peut rapporter le diabète à une cause déterminée, si l'on ne serait pas en droit d'instituer un traitement d'épreuve » TROLLER (1).

II. — Hérédo-syphilis. Mais c'est dans l'*hérédo-syphilis* que les lésions *pancréatiques* présentent le plus d'intérêt ; car leur étude histologique a pu être faite avec soin.

Jusqu'en 1909, la majorité des auteurs admettait que le *pancréas* était rarement lésé chez les nouveaux-nés hérédosyphilitiques. Sur 17 cas, C. HECKER (2) ne trouve le *pancréas* lésé qu'une fois ; MRACEK (3), 3 fois sur 6 cas de syphilis de l'intestin, 5 fois sur 19 cas de *syphilis hémorragique* ; CHIARI (4), 8 fois sur 143 cas. Cependant M. le professeur GAUCHER, dans ses leçons cliniques du *mercredi* et du *dimanche*, insiste à plusieurs reprises sur l'origine du diabète infantile ; presque toujours il s'agit, dit M. le Professeur GAUCHER, d'*hérédo-spécificité*.

Mais en 1909, paraît la remarquable étude de FAROY à

(1) TROLLER. *Loco citato*, p. 112.

(2) HECKER. Ueber syphilis congenita Organe. Monat. für geburt und Frauenkrank. Berlin, 1863. Band, 33, p. 33, et 35.

(3) MRACEK. Syphilis hémopragica neonatorum Viertel jahreschuff für Derm. et syphilis. Wien, 1887, p. 127.

MRACEK. Ueber Entérites bei Lues héréditan.

Id. Wien, 1883, p. 211-214-216.

(4) CHIARI. Ueber die sogenannte Fett necrose Prager med. Woch. 23 juil. 1883, n° 0 p. 236.

laquelle nous allons faire de larges emprunts : « Il nous semble, dit FAROY, que ces chiffres sont considérablement inférieurs à la vérité, et nous ne pouvons nous l'expliquer que par ce fait, que dans la majorité des autopsies, le *pancréas* n'est pas examiné à l'autopsie ».

Dans ses 9 observations, FAROY (1) trouve constamment des lésions « de degré très varié, mais caractérisées par leur constance ».

Il met, dans l'échelle de fréquence, les lésions syphilitiques du *pancréas* au même niveau *que celle de la rate et le foie*.

D'après le développement des tissus conjonctifs, FAROY distingue des lésions de trois degrés différents.

Laissons de côté la portion acéneuse de la glande et les canaux excréteurs, pour nous occuper seulement des îlots LANGHERANS. Ceux-ci, dit FAROY (2), sont constitués par des trainées cellulaires d'une à deux épaisseurs de cellules au plus, anastomosées les unes avec les autres et formant les mailles d'un réseau dont les cavités sont comblées par un tissu conjonctif peu abondant et des capillaires *très nombreux*.

Dans les lésions du premier degré, leur aspect est normal ; hypertrophies du second degré, ils sont entourés d'une véritable capsule conjonctive sans qu'il y ait pénétration des îlots par le tissu conjonctif hyperplasié. Au 3^e degré enfin, les îlots sont atrophiés, enserrés dans une gangue conjonctive ; mais le tissu conjonctif *ne pénètre pas à leur*

(1) FAROY. Th. Paris, 1909, pag. 17.

(2) FAROY. Th. Paris (pag. 34).

intérieur : les cellules qui constituent l'îlot, n'ont plus leur disposition en trainées, elles forment des sortes d'amas régulièrement arrondis, ou elles affectent une disposition désordonnée ; les capillaires qui remplissaient les mailles du réseau ont disparu. « *Les îlots sont en voie d'atrophie mais sans pénétration de tissu conjonctif* ». D'autres moins nombreux sont *hypertrophiés*, cette hypertrophie n'est qu'apparente. « Il y a eu pénétration par le processus ».

Cette pénétration conjonctive est en contradiction avec les affirmations d'OPIE et de PÉARCE (1). Il y a en outre, multiplication des îlots due à la transformation en îlots de LANGHERANS des acinis, *transformation acino-insulaire*.

Faroy signale, en outre, « une infiltration lymphoïde énorme » de tissu glandulaire, avec réaction myéloïde qu'il compare aux îlots vaso et globulo-formateurs signalés dans le foie. *Hérédosyphilitique* par RIBADEAU-DUMAS, COURCOUX et PATER (2).

Les artères présentent fréquemment de la *périartérite syphilitique* ; dans d'autres cas, véritable syphilis hémorragique, à l'intérieur des îlots de *Langherans*, les capillaires sont bourrés de globules rouges ; ces capillaires sont parfois rompus.

Quant aux *tréponèmes*, ils se montrent fréquemment dans les graines vasculaires. C'est d'ailleurs, autour des vaisseaux que débute le processus fibreux.

(1) FAROY. Th. Paris, pag. 35.

(2) RIBADEAU-DUMAS, COURCOUX et PATER, réaction hémato poétique du foie. Hérédosyphilitique. *Journal de physiologie et pathologie générale* n° 4. Juillet 1908, pag. 682.

La multiplicité des îlots de *Langherans* indique « une réaction de défense de la glande, qui consiste en la suppression de la sécrétion externe et l'exagération de la sécrétion interne par trace de la *glande exocrine* en *glande endocrine* ».

En somme, il s'agit d'une *pancréatite scléreuse*, la présence de gommes du pancréas est plus rare.

Les tréponèmes ont été retrouvés 6 fois sur 7 dans le pancréas des hérédosyphilitiques. On les rencontre surtout dans les gaines vasculaires, sur le coupes on les voit former une sorte de couronne aux vaisseaux, on les rencontre aussi, entre les cellules épithéliales et à l'intérieur de celles ci ; mais ils sont surtout nombreux dans le tissu conjonctif. (*Faroy*).

En résumé, l'étude histologique des *pancréas hérédosyphilitiques* montre en quelque sorte une réaction de la glande, et un arrêt de développement « la *glande exocrine* se transforme en *glande endocrine* ».

Etude clinique. — C'est même par cette intégrité relative des îlots de *Langherans*, par cette transformation *acéno-insulaire*, que s'explique la rareté du *diabète pancréatique* hérédosyphilitique. Alors que les lésions précoces et profondes du système glandulaire externe expliquent, peut-être, *l'athrepsie syphilitique*, le diabète pancréatique n'apparaîtrait chez les hérédosyphilitiques que dans les cas où en même temps que la *pancréatite syphilitique*, il existerait une infection ascendante canaliculaire.

Nous rapportons ici l'observation de SCHULTE (1) et celle

(1) SCHULT. Ueber coincidenz von. Diabètes mellitus und syphitis. These Jena, 1887, sur Troller. Th. Paris, 1903, pag. 104.

de LEMONNIER (1) dans lesquelles le traitement iodo-mercuriel a donné de bons résultats.

Nous avons plusieurs fois, nous-même, recherché le sucre dans les urines de quelques jeunes hérédosyphilitiques *mais sans résultat.*

(1) LEMONNIER. Diabète hérédosyphilitique. *Archives de médecine des enfants*, 1901, page 167.

CHAPITRE V.

SYPHILIS DE L'HYPOPHYSE : I.—ACROMÉGALIE ET MALADIE OSSEUSE DE PAGET, LEURS RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS.

Aperçu général. — Nous ne possédons encore que bien peu de documents sur la *syphilis de l'hypophyse*. Cependant, il est *vraisemblable* que cette glande n'échappe pas plus que les *surrénales* ou la *thyroïde* à l'invasion par le *tréponème* ; la constatation *anatomique* et *bactériologique* en a été faite, sinon pour la syphilis acquise, du moins pour la syphilis héréditaire. Dans l'observation XXXIII, MM. TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et HARVIER, entre des lésions des *surrénales*, des *parathyroïdes* et de la *glande thyroïde*, notent des gommes de *l'hypophyse*. Les spirochètes, très nombreux dans le foie et les capsules surrénales, existent aussi, quoiqu'en plus petit nombre, dans *l'hypophyse*. Ces gommes de l'hypophyse existent aussi chez l'adulte et PATRY (1) dans sa thèse en cite trois cas.

Mais ces lésions brutales, détruisant en masse le tissu glandulaire, ne sont le plus souvent que des découvertes d'autopsie. Elles ne donnent lieu à aucun symptôme clinique bien apparent, sans nous y attarder nous passerons à l'étude des rapports de la syphilis de l'hypophyse tout d'abord avec *l'acromégalie* et ensuite avec la *maladie osseuse de Paget*.

(1) PATRY, Th. de Paris. Acromégalie avant 1885, 1907-1908.

I. — ACROMÉGALIE

Nous venons de voir que la *syphilis* est susceptible de se localiser à l'*hypophyse*, sous forme de gommès. Mais ne peut-elle donner lieu à d'autres lésions ?

Si nous analysons la thèse de THAON (1), nous y trouvons l'observation d'un homme de 34 ans, atteint de *syphilis cérébro-spinale*, et dont l'*hypophyse*, normale à l'examen macroscopique, présente, à l'examen histologique, des boyaux pleins de cellules se colorant d'une façon intense par les colorants basiques, en somme en état d'*hyperactivité glandulaire* « et, ajoute l'auteur, de l'hyperplasie réactionnelle consécutive à l'irritation des épithélium, on passe aisément à l'adénome,.... Pour l'hypophyse, dont on a invoqué l'*hypertrophie adénomateuse comme cause de l'acromégalie*, il a un intérêt tout particulier à suivre la transformation épithéliale, depuis l'hyperplasie par transformation toxique ou infectieuse, jusqu'au début de néoplasie (2) ».

Et cet intérêt s'accroît encore, si nous portons notre attention sur les autres observations publiées par THAON. Dans 14 cas de tuberculose, l'*hypophyse* est sclérosée, mais il n'y a pas trace d'hyperplasie (Obs. I à XVI,) de Thaon.

De même, l'examen de glandes de malades morts de la variole « ne saurait permettre de conclure à une suractivité fonctionnelle » Négatif aussi, l'examen des glandes de tétanique (3) ; seule la pneumonie, parmi les infections, donne de l'hyperpersécrétion glandulaire.

(1) THAON Th. Paris, 1905-1906 p. 152-153.

(2) Thèse THAON loco citato, page 152.

(3) Id. pag. 132 et suivantes.

On voit tout l'intérêt qui s'attache à cette constatation d'une *hyperplasie* de l'*hypophyse* chez un syphilitique. celui-ci, il est vrai, avait été soumis à un traitement mercuriel intensif, et on peut se demander si cette saturation par le mercure n'est pas pour quelque chose dans les lésions constatées. C'est un point qui demande de nouvelles recherches, difficiles, car les autopsies de syphilitiques en activité sont rares. Cependant, d'autres faits cliniques militent en faveur du rôle étiologique de la syphilis dans certains cas d'acromégalie. Notre observation xxx (*Brigidi*) est de ceux-là, il s'agit d'une *acromégalie* typique développée deux ans après le début d'une *syphilis*. L'examen histologique montre en même temps qu'une hypertrophie de la trame fibreuse, un certain état d'hyperplasie cellulaire, cependant la sclérose semble dominer.

Syphilis héréditaire. — Quant à la *syphilis héréditaire* nous avons vu plus haut que son action sur l'hypophyse était prouvée anatomiquement (obs. xxiii) : cette observation d'un enfant d'un mois, nous montre que les lésions hypophysaires ne sont pas isolées ; les capsules surrénales, les parathyroïdes, le corps thyroïde sont lésés aussi. Les altérations multiples des glandes à sécrétion sanguine peuvent faire supposer que dans certains *syndromes polyglandulaires* il y a, non pas retentissement des altérations d'une glande primitivement atteinte sur les autres, mais *troubles sécrétoires simultanés de plusieurs organes glandulaires*.

Les observations d'hérédosyphilitiques adultes que nous avons pu recueillir sont plus discutables. L'observation xxxiv (LANCEREAUX) est certainement une observation d'*acromégalique* hypertrophie non douteuse du maxillaire inférieur,

hypertrophie de la pituitaire avec quelques symptômes de Basedow (corps thyroïde gros et exophtalmie). Mais s'agit-il bien d'un *hérédo-syphilitique*, c'est l'avis de l'auteur ; LANCEREAUX s'appuie essentiellement sur l'état du foie qui présente dans son lobe droit une « dépression froncée » qui est peut-être une gomme, et des traces d'anciennes tumeurs dans le lobe gauche ; la rate est volumineuse et dure. Ce sont certes des arguments sérieux, en faveur d'une syphilis héréditaire, ou d'une syphilis acquise ancienne : mais ils n'entraînent pas la conviction d'une façon absolue.

Les observations xxxv et xxxvi nous semblent plus probantes. Quoique les auteurs (DANLOS, APERT ET LÉVY-FRANCKEL), n'aient pas considéré leurs deux malades comme des hérédosyphilitiques, les anomalies multiples, surtout dentaires (2 incisives supplémentaires dont une deux fois plus grande que les incisives normales voisines), font supposer qu'il s'agit bien dans ce cas d'*hérédo-syphilis*. Mais la preuve absolue n'est pas faite. Quant au malade de l'observation xxxii, il a été considéré à la polyclinique de M. le professeur GAUCHER comme un hérédosyphilitique quintaire.

En somme, il nous paraît prouvé que la *syphilis acquise*, peut, dans certains cas, donner lieu à un *hyperfonctionnement* de l'hypophyse s'accompagnant, parfois, d'altérations glandulaires multiples, et susceptible de se manifester cliniquement par de l'*acromégalo-gigantisme*. Quant à l'*hérédo-syphilis*, si elle peut donner des gommages de l'hypophyse, nous ne pouvons avancer, avec certitude, que l'*acromégalie* peut en être la conséquence.

II. — MALADIE OSSEUSE DE PAGET.

Nous n'avons pas encore de données certaines sur l'étiologie et la pathogénie de la *maladie osseuse de Paget* ; cette question est l'objet de discussions nombreuses. S'agit-il d'un *processus infectieux*, causé par un diptocoque, localisé dans le tissu osseux, comme le voudrait le professeur ARCANGELI de Rome (1) ? S'agit-il de *tuberculose* comme le voudrait M. PONCET (2) de Lyon qui « n'hésite pas à rattacher à l'empoisonnement tuberculeux » les manifestations osseuses présentées par le malade de MM. RÉNON et SEVESTRE. (3).

Ces deux hypothèses nous semblent ne répondre qu'à quelques cas exceptionnels de *maladie osseuse de Paget*. Par contre, les observations où la *syphilis* est retrouvée dans les antécédents du malade sont nombreuses.

Les malades d'AUFFRET (4), de MÉNÉTRIER et GAUCKLER (5) sont d'*anciens syphilitiques* ; de même, celui de MM. MÉNÉTRIER et RUBENS-DUVAL (6) ; celui du professeur GAUCHER

(1) ARCANGELI. Ostéomalacie, rachitisme et maladie osseuse de PAGET, *archives générales de médecine*, Juin 1910, p. 321.

(2) PONCET. Discussion à la société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 29 juillet 1910, pag. 156.

(3) AUFFRET. Maladie osseuse de Paget d'origine probablement syphilitique. *Revue d'orthopédie*. Paris, 1905, L. VI, 519 à 529.

(4) MÉNÉTRIER et GAUCKLER *Société médicale des hôpitaux*. 29 mai 1903. pag. 573 et suivantes.

(5) MÉNÉTRIER et RUBENS-DUVAL. *Société médicale des hôpitaux*. 22 mai 1905, p. 429.

(1), de JACQUET (2). Enfin, à l'Académie de médecine, MM. LANNELONGUE (3) et FOURNIER (4) décrivent la maladie osseuse de Paget comme une [manifestation de la *syphilis acquise ou héréditaire*. Nous reviendrons plus loin sur quelques points intéressants de ces observations.

Dans l'observation xxxvii, (RÉNON ET SÉVESTRE) d'un *acromégalique* de 45 ans, les auteurs notent une *lymphocytose rachidienne* abondante, ainsi qu'une *réaction de Wassermann positive*: c'est plus qu'il ne faut pour affirmer la *syphilis* d'une façon absolue, quoique le malade ne présente pas d'antécédents syphilitiques connus.

La nature spécifique de la maladie osseuse de Paget ne nous paraît donc pas niable. Une question plus discutée est celle de l'atteinte des glandes *vasculaires sanguines dans cette maladie*.

Il est certain que dans nombre de cas, rien ne vient attirer l'attention sur les glandes à sécrétion interne, et M. RÉNON « *malgré ses tendances* » (5) ne peut admettre, pour son

(1) GAUCHER et ROSTAINE. Société française de dermatologie et de de syphiligraphie. 11 avril 1904.

(2) JACQUET (Maladie de Paget guérie par le traitement antisiphilitique) *Société médicale des hôpitaux*. 7 Juillet 1903, pag. 629.

(3) LANNELONGUE. *Bulletin de l'Académie de médecine*. 3 mars 1903.

(4) FOURNIER. *Id.* 31 mars 1903.

(5) RÉNON. *Société médicale des hôpitaux*. 29 Juillet, 1910, pag. 156.

malade, une altération *glandulaire* ou *polyglandulaire*. A part l'*hypoglobulie*, aucun symptôme d'insuffisance glandulaire chez le malade d'APERT et BORNAIT-LEGUEULE (1).

Pas de symptômes glandulaires, non plus, chez les malades de RALLIEZ et LELOIN (2), de ROGIER (3), de ROBIN (4), de GALLIARD (5). Par contre, chez le malade de HUDELO et HEITZ (6) les symptômes osseux s'accompagnent de *mélano-dermie*. La *mélano-dermie* est entièrement accusée, étendue uniformément sur le tronc, les bras et les membres inférieurs ; la peau, dans ces régions, est d'un brun foncé, presque noir, pas de taches sur les muqueuses. Dans le cas de HILLEREAU (7), il s'agit aussi d'un syndrome polyglandulaire, le malade est atteint d'une ostéite déformante du crâne et du tibia droit, avec artério-sclérose généralisée et asphyxie symétrique des extrémités.

Or, depuis les communications de MM. DUPRÉ et KAHN (8), sur un cas de *sclérodémie* associée à la *maladie de Raynaud*, de MM. CLAUDE, ROSE et TOUCHARD (9), sur un

(1) APERT et BORNAIT-LEGUEULE. *Société médicale des hôpitaux*. 8 mai 1907.

(2) RALLIEZ et LELOIN. *Revue de médecine*. 1881 p. 738.

(3) ROGIER. Th. Paris 1884.

(4) ROBIN. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1894. N° 1.

(5) GALLIARD. *Société médicale des hôpitaux*. 19 Juillet. 1901.

(6) HUDELO et HEITZ. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1901 p. 415.

(7) HILLEREAU. Th. Paris, 1901, (contribution à l'étude de la maladie de Paget) obs. v pag. 51.

(8) DUPRÉ et P. KAHN. *Société médicale des hôpitaux*. 11 juin 1909, pages 1237 et suivantes.

(9) CLAUDE, ROSE et TOUCHARD. *Société médicale des hôpitaux*, (1907, p. 277, à 281).

cas de *maladie de Raynaud* associée à la sclérodermie et au rhumatisme chronique, avec élévation de la pression artérielle, hypertrophie compensatrice des surrénales consécutive à la disparition du corps thyroïde, nous savons que *l'asphyxie symétrique* des extrémités est fonction d'un trouble de *secrétion glandulaire*.

L'artério-sclérose généralisée du malade de MÉNÉTRIER et GAUCKLER est en faveur d'une *hyperépinéphrie* ; macroscopiquement, les *capsules surrénales* paraissaient saines ; mais l'examen histologique n'a pas été pratiqué, ou du moins n'est pas relaté dans l'observation. De même dans la seconde observation publiée par ces auteurs, il existe une sclérose viscérale généralisée (*néphrite interstitielle* diffuse, *cirrhose périportale* et sous-capsulaire du foie, avec lésions d'endarterite oblitérante, sclérose du cœur) qui peut aussi être mise sur le compte d'une hypertrophie fonctionnelle des surrénales. Enfin, l'observation de DALCHÉ et GALUP, que nous donnons à peu près en entier (Obs. 38), est nettement en faveur de *l'origine glandulaire de la maladie osseuse de Paget*.

Chez cet homme de 53 ans, atteint de *maladie osseuse de Paget*, l'atrophie relative des testicules et de la verge, la disparition depuis vingt ans du sens génésique, indiquent nettement une *insuffisance testiculaire* ; l'absence complète de corps thyroïde à la palpation, la rhinite et la pharyngite atrophiques, la rareté et la sécheresse du système pileux, permettent de conclure à une insuffisance thyroïdienne ; enfin, *la mélanodermie, les douleurs lombaires*, l'hypoglobulie associée à une diminution de taux de l'hémoglobine, *le ralentissement des échanges indépendant de toute lésion rénale*,

sont les témoins d'une atteinte des surrénales. Enfin la radiographie montre des altérations, difficiles il est vrai à interpréter, de la selle turcique.

Aussi les conclusions de MM. DALCHÉ et GALUP sont-elles en faveur d'une *origine glandulaire de la maladie de Paget*, ils tendent à penser qu'il s'agit d'une dystrophie (*insuffisance*) hypophysaire « hypothèse qui opposerait cette affection à l'*acromégalie* et au gigantisme » ; en somme, la *maladie de Paget* serait à l'*acromégalie*, ce que le *myœdème* est à la maladie de *Basedow* ; les symptômes d'insuffisance *thyroïdienne*, *testiculaire*, et surtout *surrénale* s'expliquent facilement, par les synergies fonctionnelles qui existent entre les différentes glandes.

DE SAJONS (1), dans un important travail sur les sécrétions internes, est amené à la conclusion générale suivante :

« L'*hypophyse* (lobe nerveux) constitue un centre qui, par l'intermédiaire du nerf *hypophyséo-surrénal*, gouverne les fonctions des glandes surrénales. »

Il nous semble donc acquis que la *maladie osseuse de Paget* est, dans un certain nombre de cas, due à une action de la *syphilis* sur le *système vasculaire sanguin*.

L'*hypophyse* peut être la seule atteinte, et alors, la *maladie osseuse de Paget* sera un symptôme isolé de l'atteinte glandulaire, ou bien les *surrénales*, la *thyroïde* seront altérées secondairement, et l'on aura alors des manifestations *mélanodermiques* ou *hypothyroïdiennes*. Telle est, actuellement, la conception un peu schématique qu'on peut proposer de la *maladie osseuse de Paget*.

(1) DE SAJONS. *Gazette des hôpitaux*, 10 mars 1898, n° 29, page 339.

Influence du traitement. — Il semble que la *maladie osseuse de Paget* puisse, dans un certain nombre de cas, être justiciable du traitement mercuriel.

Le premier, notre maître, M. le Prof. GAUCHER (1) a présenté, en collaboration avec M. ROSTAINE, à la société française de dermatologie et de syphiligraphie, un malade atteint de *maladie de Paget* amélioré par le traitement mercuriel, donnant ainsi *la preuve*, de la nature syphilitique de la maladie. Après lui, MÉNÉTRIER et RUBENS-DUVAL, (2) puis JACQUET (3), apportèrent des cas analogues. Par contre, chez les malades de MÉNÉTRIER et GAUCKLER, de RENON et SEVESTRE, le traitement mercuriel est resté totalement impuissant, et il semble légitime de décrire d'après l'influence du mercure une *maladie de Paget* tertiaire, *susceptible d'amélioration*, et une *maladie de Paget* quaternaire, *véritable dystrophie*.

(1) *Loco-citato*.

(2) *id.*

(3) *id.*

CHAPITRE VI

SÉCRÉTION INTERNE DU TESTICULE ET SYPHILIS. — INSUFFISANCE TESTICULAIRE.

Sans nous occuper ici des atteintes massives du *testicule* par la *syphilis*, (gommes ou orchio-épididymites secondaires) bien décrites dans les traités classiques (1), nous allons considérer cette glande uniquement au point de vue de sa *sécrétion interne*.

Il semble qu'on puisse rencontrer dans la *syphilis acquise* ou *héréditaire* des symptômes de *dysorchidie* se rapprochant en certains points, dans les formes typiques, du *myxœdème*, mais pouvant dans d'autres cas, se manifester uniquement par des phénomènes *d'ordre génital*.

I. — SYPHILIS ACQUISE

1) Moment d'apparition. — C'est toujours à une date assez éloignée du début de la syphilis qu'apparaissent les premiers accidents : 30 ans après l'accident primitif (obs. 40) ; 40 ans après (obs. 41) ; 8 ans (obs. 43 et 44). Dans l'observation 39, par contre, le début se fit 4 ans après la contamination, il est vrai qu'il s'agit d'un chancre céphalique.

(1) SABATIÉ. In *syphilis des Viscères* ; Précis de syphiligraphie par M. le Professeur Gaucher, p. 484 à 496.

Début des accidents. Dans certains cas, le début se fait par des phénomènes dépendant de l'atteinte d'une autre glande vasculaire sanguine. C'est ainsi que dans l'observation 39, les premiers symptômes indiqués sont ceux du diabète insipide, polyurie, polydipsie, sans sucre ni albumine dans l'urine, puis apparurent, en même temps que la diminution du sens génésique, des vomissements qui persistèrent pendant plusieurs mois.

Dans l'observation 41, le début se fit par une faiblesse générale, une asthénie peut-être en rapport avec un trouble fonctionnel des surrénales. Puis survint la bouffissure de la face et des membres, la chute des poils, puis ensuite, l'impuissance.

Dans l'observation 44, la frigidité est le seul symptôme observé.

Etat des testicules. — Ceux-ci sont sains en apparence dans les observations 39, 43 et 44. Par contre, ils sont altérés dans les obs. 40 (*atrophie testiculaire*) et 41 (*orchite*).

Influence du traitement sur l'apparition des accidents. — L'influence préventive du traitement est difficile à déterminer d'une façon précise. Si le malade de l'observation 39 n'a pas été traité, celui de l'obs. 44 s'est soigné régulièrement, avec des pilules, il est vrai.

Symptômes. — D'après les observations, on peut décrire une forme typique et une forme fruste.

1) FORME TYPIQUE : (Obs. 39, 40, 41, 43). Il s'agit d'un syndrome polyglandulaire, ou la *dysorchidie* s'accompagne de *dysthyroïdie* et parfois même de *dyshypophysie*.

a) *Signes d'insuffisance génitale*. Anaphrodisie absolue apparaissant chez des individus normaux avant la syphilis ; développement exagéré des glandes mammaires, parfois atrophie testiculaire (obs. 40) ; adiposité ayant l'aspect de l'adiposité féminine (obs. 39).

b). *Signes d'insuffisance thyroïdienne*. Corps thyroïde insensible à la palpation, aspect bouffi et myxœdémateux vive sensibilité au froid (obs. 41) ; intelligence faible, mouvements rares (obs. 41).

c). *Signes de dyshypophysie*. Augmentation de volume de la selle turcique (obs. 43) épaisseur considérable des parois du crâne ; cypho-scoliose avec augmentation de volume des pieds (obs. 41). Polyurie et polydipsie. (Obs. 39 et 43).

2) **FORME FRUSTE** : Il s'agit probablement dans ces cas de dysorchidie sans participation des autres glandes vasculaires sanguines aux troubles fonctionnels (Obs. 44). C'est la seule forme qui soit nettement influencée au point de vue curatif par le traitement mercuriel et arsénical (hectine).

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Nous ne possédons qu'une seule observation de *frigidity* chez un *hérédo-syphilitique* (obs. 42) atteint en même temps de neuro-fibromatose généralisée avec rétraction de l'aponévrose palmaire. Les *testicules* semblent normaux, mais sont mal descendus dans le sac scrotal.

Pathogénie. — Il est impossible, actuellement, d'affirmer

que le *testicule* est le premier touché dans les syndromes polyglandulaires que nous avons décrits. Pour M. GANDY (1) même, la *dysthyroïdie* serait primitive.

Cependant l'on peut dire que « de tous les tissus ou appareils sur lesquels la dysthyroïdie manifeste ses atteintes, téguments et annexes, centres nerveux, squelette, *organes génitaux*, ces derniers sont, dans plusieurs types cliniques, particulièrement touchés » GANDY » (2). »

(1) GANDY. *Soc. médicale des hôpitaux*, déc. 1906, pages 1236 et suivantes.

(2) Loco-citato.

I. — OBSERVATIONS DE SYNDROMES DE BASEDOW D'ORIGINE SYPHILITIQUE

OBSERVATION I (*Observ. très concluante, inédite.*)

Polyclinique de M. le Prof. GAUCHER (Fiche n° 15,988).

R... Marie, 36 ans, femme de chambre.

La malade vient consulter pour la 1^{re} fois, le 11 décembre 1909 ; sa syphilis, qui a débuté par un chancre de la lèvre inférieure, date d'environ 2 ans 1/2. Le chancre a été suivi de plaques muqueuses buccales, et de syphilides des avant-bras. Le traitement a consisté jusqu'à sa venue à la polyclinique, en piqûres d'huile grise, au début, puis plus tard, en injections de sels solubles. La malade a eu en tout 50 piqûres. Depuis le 2 octobre, la malade est traitée par les pilules de Dupuytren. La malade ne présente aucun accident spécifique. Mais le *corps thyroïde* est un peu augmenté de volume. Des crises de *tachycardie* surviennent assez fréquemment, parfois plusieurs par semaine ; enfin, la malade présente un *tremblement* net des extrémités.

L'exophtalmie existe à un degré moyen, mais l'occlusion des paupières est toujours possible. La malade est nerveuse et présente de l'instabilité de caractère.

Traitement. — Piqûres de benzoate ; jusqu'au 4 janvier 1910, l'état reste le même ; à ce moment, la malade est mise au repos pendant 8 jours.

3 février 1910. — La malade n'a pris que 5 piqûres en janvier, il semble qu'elle supporte assez mal le mercure ; la diarrhée est apparue après la 5^e piqûre ; l'exophtalmie a néanmoins diminué. Les crises de tachycardie, le tremblement, le goître persistent. De même, le nervosisme.

11 février. — La malade reprend des piqûres à 1^{cm}³ seulement (piqûre de benzoate Hg.), la tachycardie persiste ; le tremblement a diminué.

23 février. — Diarrhée après 9 piqûres, aussi cessation provisoire du traitement mercuriel.

12 mars. — La malade n'a pas eu de crise de tachycardie depuis 15 jours. On reprend les piqûres de benzoate à 1^{cm}3, associées à l'Eau d'Uriage pour faciliter l'élimination du médicament.

14 juin. — La malade a pu supporter une série de 15 piqûres ; les crises de tachycardie ont à peu près disparu. Quelques syphilides papuleuses ont fait leur apparition sur la peau.

21 juin. — La malade a pris 7 nouvelles piqûres de benzoate, qui ont amené une stomatite légère ; les battements de cœur sont toujours rapides (110 pulsations à la minute). Suppuration chronique de l'amygdale.

1^{er} octobre. — La malade n'a pas eu de crises de tachycardie depuis 3 mois.

Les règles sont peu abondantes (quelques gouttes) ; elles durent 2 jours ; à ce moment la malade présente un peu d'éréthisme cardiaque. Pas de diarrhée.

Le tremblement a complètement disparu depuis 3 mois ; la malade dit se sentir beaucoup mieux, elle n'est plus énervée qu'au moment de ses règles. Le corps thyroïde est toujours un peu gros ; l'exophtalmie est à peu près nulle, piqûres à 2^{cm}3.

15 octobre. — Aucun accident spécifique ; pouls normal ; pas de crise de tachycardie ; pas de tremblement.

OBSERVATION II

(O. CLAUDE, chef de clinique). — (Clinique de M. le prof.

GAUCHER, fiche N° 4539).

Mlle Marie R., 32 ans, femme de chambre.

La malade a contracté la syphilis en 1905 ; elle fut soignée dans le service du Professeur Gaucher par des piqûres de benzoate et des pilules de Dupuytren ; elle prit également de l'iode de potassium.

Elle revient le 20 juillet 1909 pour œdème des jambes, surtout

du côté gauche et pour des maux de tête avec congestion de la face le soir.

29 juillet. — Les douleurs persistent après 10 piqûres : on arrête le traitement.

L'examen du sciatique ne permet pas de retrouver les points classiques, mais montre que le signe de Lasègue est positif.

Varices assez marquées.

TRAITEMENT : Pansements aux boues actinifères pendant 24 heures sur la jambe gauche.

9 sept. 1910. — La malade va mieux, elle cesse les pansements à la boue ; les varices paraissent moins marquées.

30 janvier 1910. — On note pour la 1^{re} fois de l'*éréthisme cardiaque*, auquel on attribue une origine caféique (?), accompagné d'un souffle d'insuffisance mitrale propagé vers l'aisselle. La thyroïde est un peu grosse. Tremblements. Bouffées de chaleur, yeux saillants.

17 février 1910. — Un peu d'angine grippale.

TRAITEMENT : repos ; teinture d'aconit.

6 mars 1910. — Éréthisme cardiaque persistant ; état saburral et constipation. Purge.

24 mars 1910. — Piqûres de cacodylate N° 8. Hémoglobine.

10 avril 1910. — La malade a toujours de l'*éréthisme cardiaque*, la thyroïde est toujours assez volumineuse, tremblement léger ; à l'auscultation du cœur, il semble qu'il y ait insuffisance mitrale.

TRAITEMENT : piqûres de benzoate de mercure (n° 15). Iodure de potassium.

2 mai 1910. — La malade a eu il y a 3 semaines une crise de coliques hépatiques ; aucun accident spécifique en évolution.

Elle entre à l'hôpital pour se reposer. Rien dans les urines. Elle sort le 6 mai. Cœur amélioré.

10 juin. — Bon état général, la malade va prendre une série de 15 piqûres de benzoate.

23 juin. — Le tour de cou a diminué, pas d'*éréthisme*, pas de tremblement.

24 juillet. — La malade part à la campagne après avoir pris de l'iodure de potassium pendant 15 jours.

15 octobre. — L'amélioration persiste, pas de tremblement, les yeux sont moins saillants, pas de nouvelles crises de tachycardie, sauf au moment de sa visite à l'hôpital, pendant laquelle l'émotion fait accélérer le pouls.

Le corps thyroïde est à peu près normal.

OBSERVATION III

PENZOLDT, (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 240, LIV).

Une jeune fille de 20 ans, contaminée par la syphilis à l'âge de 6 ans. Elle avait présenté des accidents pharyngés à répétition, des accidents suppurés du nez et de l'ostéo-périostite.

Un an avant son entrée à la clinique, elle souffrait déjà de dyspnée et de palpitations, à son entrée, elle présente une dilatation du cœur avec souffle systolique mitral et pulmonaire, de la tachycardie (100 ou 400 pulsations à la minute) de l'adénopathie, une légère exophtalmie, du tremblement, de la leucomélano-dermie : au niveau de son pharynx, on constate des cicatrices des accidents anciens. Elle a de l'ozène.

Elle fut traitée par l'iodure de potassium et un mélange iodo-hydrargique. (Elle eut en tout 100 grammes d'iodure et 2 gr. de mélange K I Hg). En outre de ces médicaments, la malade reçut une bonne nourriture, et on la mit au repos.

En 10 semaines, le poids du corps monta de 92 à 129 livres : actuellement, au bout d'un an, la tachycardie a disparu, de même l'exophtalmie : il n'y a plus que très peu d'adénopathie ; la jeune fille est capable de travailler.

OBSERVATION IV.

PENZOLDT

Une femme de 33 ans présente depuis 1902, avec intermittences, le tableau de vrai Basedow, avec dilatation du cœur, souffle systolique pulmonaire, et une instabilité psychique

marquée. A cause de l'adénopathie et d'une leuco-mélanodermie du cou, on pense à la possibilité d'une syphilis ignorée.

La malade, mise au traitement, reçoit 80 gr. de KI et 1 gr. 6 de solution iodo-hydrargyrique. Repos, cure d'air et de nourriture.

Rapidement, le poids augmente, l'instabilité psychique et l'exophtalmie diminuent, l'état général s'améliore ; cependant, il n'y a pas de modification essentielle de la tachycardie et des adénopathies ganglionnaires.

OBSERVATION V.

Une femme de 22 ans, atteinte de tachycardie, avec dilatation du cœur, de souffle systolique et instabilité de caractère, mais sans exophtalmie. L'existence de cicatrices suspectes sur le bras fit rechercher une syphilis ancienne.

On constata l'absence des réflexes rotuliens et des crises gastriques typiques. On appliqua alors le traitement spécifique. Alors que le traitement par le repos et la digitale n'avait donné aucun résultat, le traitement spécifique amena en quelques semaines une amélioration de l'état général, une sédation de l'excitabilité psychique.

Les deux derniers malades n'avaient pas dans l'estomac d'H. C. I. libre. *L'auteur fait cette remarque, que, la plupart du temps, les Basedowiens supportent mal l'iode : alors que dans un petit nombre d'observations, dont les siennes, ce corps est bien supporté.* Il conclut que dans de nombreux cas de syndromes de Basedow la syphilis peut jouer un rôle causal. Il convient, si la syphilis est avérée ou fortement soupçonnée d'instituer un traitement énergique.

OBSERVATION VI.

O. CLAUDE, chef de cliniq. (fiche de la polyclinique
de M. le prof. GAUCHER N° 46544.)

Mme V... âgée de 24 ans ; vient consulter le 5 mars 1910.

Mariée depuis 7 ans, elle a quitté son mari depuis 3 mois ; il était probablement syphilitique, ayant eu, il y a six mois, une ulcération de la verge ; alcoolique il a eu des crises de délirium tremens. La malade a perdu deux enfants en bas âge.

Depuis 3 mois, elle présente de la céphalée ; actuellement, elle présente une leuco-mélanodermie du cou, de la roséole généralisée et des plaques muqueuses amygdaliennes.

La roséole est peut-être une roséole de retour (?)

De plus il existe des symptômes de Basedow : tachycardie, tremblement, augmentation de volume du corps thyroïde.

La malade est mise au traitement par les piqûres au benzoate de mercure.

18 mars 1910. — La malade a eu 16 piqûres, elle continue à se traiter par les pilules.

19 avril 1910. — La malade fait un iritis.

Où lui fait une nouvelle série de piqûres.

Depuis on ne l'a pas revue.

OBSERVATION VIII.

LÉVY-FRENCKEL, *chef de clinique adjoint. (Fiche de la polyclinique de M. le P^r GAUCHER; n° 14930).*

Mme C..., 35 ans.

La malade a la syphilis depuis 15 ans ; elle s'est bien soignée pendant 7 ans, avec des pilules et des piqûres. Depuis 7 à 8 ans, elle présente au-dessus de la luvette, une petite perforation du voile du palais.

Le voile présente, en outre, des cicatrices de lésions anciennes.

C'est pour ces lésions du voile qu'elle vient consulter à la polyclinique le 13 août 1909. On lui fait à ce moment une série de 15 piqûres.

Le 4 octobre après une nouvelle série de 12 piqûres, la malade présente un léger début de glossite mercurielle sur le bord gauche de la langue ; on cesse le traitement pendant quelque temps. La

malade ne revient consulter que le 17 mars 1910 pour une petite ulcération du bord gauche de la luetle. Elle est mise de nouveau au traitement par les piqûres dont la dernière est faite le 15 avril 1910.

C'est le 24 mai que la malade commence à attirer l'attention sur le tremblement des mains et sur l'éréthisme cardiaque qui la gêne ; le corps thyroïde n'est pas gros ; il n'y a pas d'exophtalmie, les jambes sont faibles.

TRAITEMENT. — 20 piqûres de benzoate ; douches tièdes.

7 juin 1910. — Même état, douches tièdes.

23 juillet. — La malade est moins faible. Elle tremble encore ; elle se plaint moins de ses crises d'éréthisme cardiaque.

Sirop iodo-hydrargyrique. Douches tièdes.

10 sept. — Aucun accident spécifique ; mais exagération du tremblement.

TRAITEMENT : 10 piqûres d'hectine à 0,10 centigr.

4 octobre. — Après 10 piqûres, on note peu de changement du tremblement. L'état général est meilleur. Troubles auditifs.

OBSERVATION IX

O. CLAUDE *chef de clinique (polyclinique de M. le Professeur*
GAUCHER *fiche 18504).*

Mme C... Louise, couturière, 32 ans.

Chancre de la grande lèvre droite il y a 4 mois. 3 enfants bien portants. Bronchites fréquentes. Vient consulter le 5 oct. 1910 à la polyclinique de M. le prof. Gaucher pour une angine spécifique et des plaques muqueuses linguales.

Le corps thyroïde est gros. La malade dit l'avoir toujours eu ; le pouls a 33 au quart. Jusqu'ici, la malade a toujours été traitée par les pilules.

Elle est mise au traitement par les piqûres de benzoate Hg.

17 octobre 1910. — Les accidents spécifiques ont disparu ; pas de modifications du goût, ni du pouls.

OBSERVATION X (*inédite*)

(Polyclinique de M. le Prof. GAUCHER fiche n° 14287).

Mme B., 22 ans.

La malade vient consulter à la polyclinique de M. le prof. Gaucher le 15 mai 1909, pour des maux de tête intenses. Elle aurait eu, il y a deux mois, une lésion vulvaire et des lésions amygdaliennes, pour lesquelles un médecin aurait prescrit du Sirop de Gibert.

Il y a 3 ans, la malade a fait une fausse couche de 5 mois, à la suite d'une chute dans les escaliers.

Actuellement, elle ne présente aucun symptôme de syphilis qu'une teinte opaline des amygdales. La malade est mise au repos pendant 15 jours.

Le 5 juin 1909, les céphalées sont toujours très intenses, surtout la nuit et s'accompagnent de bourdonnements d'oreilles.

L'examen des grandes lèvres montre la présence de syphilitides érosives.

TRAITEMENT : Piqûres de benzoate de mercure N° 15 et iodure de potassium, 2 gr. par jour.

11 février 1910. — La malade ne se plaint plus de céphalées, elle n'a pas eu de traitement depuis 6 mois environ. Elle présente en ce moment une nouvelle poussée de plaques muqueuses.

TRAITEMENT : Piqûres de benzoate.

18 février 1910. — La malade vient consulter pour des métrorragies abondantes, survenant tous les mois. Les seins sont gros, et présentent un lacis veineux autour de l'aréole ; le ventre est gros. La malade est envoyée dans le service d'accouchement ; il n'y a pas de grossesse et M. le Dr Boissard pense à des métrorragies syphilitiques. La malade est mise aux piqûres de benzoate.

Elle ne revient qu'en avril 1910 (9 avril), les métrorragies ont disparu, mais la malade présente des crises d'éréthisme cardia-

que, et elle se plaint de phénomènes de congestion passagère de la face se manifestant par des bourdonnements d'oreilles.

Elle présente des stigmates nets d'hystérie entre autre l'abolition du réflexe pharyngé et la sensation de boule œsophagienne.

La malade subit une nouvelle série de piqûres de benzoate.

Depuis cette époque elle n'est pas revenue à la consultation.

OBSERVATION XI. — (inérite).

(*Polyclinique de M. Prof. GAUCHER, fiche n° 15288.*)

Mme C., 30 ans. — La malade vient consulter à la polyclinique le 12 octobre 1909, pour une roséole du tronc et des cuisses ; il n'existe pas de lésions génitales, mais de l'adénopathie inguinale et des plaques muqueuses amygdaliennes ; la malade est mise au traitement par les piqûres de benzoate.

Elle se traite régulièrement jusqu'au 11 novembre, malgré une stomatite légère. Cette stomatite persiste jusqu'au 28 décembre, à cette époque la malade est remise aux piqûres.

13 janvier. — A eu 13 piqûres ; elle présente une petite plaque au niveau d'une érosion dentaire ; elle continue les piqûres. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 24 janvier 1910. — La malade a eu 20 piqûres, repos de 3 semaines.

13 février. — La malade se plaint pour la première fois de céphalée ; elle vient d'avoir 3 piqûres et présente un peu de stomatite ; on applique un traitement local (eau oxygénée et teinture d'iode) et on cesse provisoirement les piqûres jusqu'au 25 février.

Le 18 mars — La série de 15 injections de benzoate est terminée ; il ne reste aucun accident cutané ou muqueux, mais la céphalée persiste.

1^{er} avril 1910. — La malade présente de la leucorrhée et

une ulcération du pilier droit du voile du palais. Cautérisation au nitrate d'argent, et injections vaginales au sulfate de cuivre.

4 avril. — L'ulcération s'accroît, et prend les caractères nets d'une syphilide ulcéreuse du voile ; en outre, il existe des plaques muqueuses sur la lèvre inférieure et sur la langue.

TRAITEMENT : Piqûres de beuzoate, sirop iodo-tannique.

12 avril. — La lésion du voile s'améliore, la malade prend 2 séries de piqûres, en tout 30, dont la dernière le 16 juin, les accidents du voile sont guéris, cela ne l'empêche pas de venir consulter le 20 juin 1910 pour de la céphalée, malgré l'iodure de potassium (2 gr.), celle-ci persiste encore le 17 juillet, on donne alors à la malade 4 gr. d'iodure, puis elle prend 15 piqûres de benzoate.

7 août 1910. — Amélioration, la malade prend une piqûre tous les 2 jours.

4 sept. 1910. — On remarque, pour la première fois, que le corps thyroïde est un peu augmenté de volume ; la malade se plaint de bouffées de chaleur, c'est ce qui l'amène à consulter. La malade ne présente ni tremblement, ni tachycardie. Traitement : KI . 3 gr.

18 sept. 1910. — La malade a pris de l'iodure pendant 8 jours, les bouffées de chaleur ont disparu. Elle présente sur la cuisse gauche quelques petites papules.

24 oct. 1910. — La malade a pris 15 piqûres mais irrégulièrement. Il n'y a pas de tachycardie, mais le corps thyroïde est toujours plus gros. Les bouffées de chaleur ont un peu reparu mais sont moins prononcées qu'auparavant, la céphalée persiste, pas de troubles mentaux.

La malade va prendre de l'iodure de potassium qu'elle supporte très bien.

OBSERVATION XII (*Observation très concluante*)

LÉVY-FRANCKEL. (*Polyclinique de M. le Prof. GAUCHER. Fiche n° 1875*)

Mme D..., 31 ans, gantière.

La malade vient consulter le 24 octobre 1910 pour une syphi-

lis durant depuis 5 ans ; la maladie débuta 3 mois après le mariage de Mme D... par des accidents vulvaires, puis apparurent la roséole et les plaques muqueuses. La malade, ignorant ce qu'elle avait, ne consulta le médecin qu'au bout d'un an. Elle fut soignée par des piqûres de sels insolubles (n° 20) et de l'iodure de potassium.

Actuellement, la malade qui n'a pris aucun traitement depuis 1 an, vient consulter pour des crises de tachycardie qui durent depuis 4 mois ; ces crises qui surviennent parfois la nuit réveillent alors la malade : « elle en sent les battements jusque dans son cerveau. » Depuis un an environ, la malade a remarqué que ses yeux devenaient saillants. En outre la malade se plaint de céphalées nocturnes très intenses. Tout travail est impossible.

L'examen de la malade révèle en effet une exophtalmie assez accentuée ; l'œil est brillant, étrange, égaré, la paupière, cependant le recouvre en entier : il n'y a pas de paralysies oculaires. Le cou est assez gros, et le corps thyroïde augmenté de volume la malade présente, en outre, du tremblement généralisé, passager. Elle a des idées tristes sans qu'il y ait, à proprement parler, de troubles mentaux. Rien au cœur. Pas d'accidents cutanés, ni muqueux, aucun accident d'hystérie.

La malade est mise au traitement par les piqûres de benzoate de mercure.

5 novembre. — La malade a pris 8 piqûres de benzoate de mercure, et il y a déjà une modification considérable de son état. Le tremblement a disparu ; les nuits sont calmes, et la malade n'est plus réveillée par les crises de tachycardie ; « Il n'y a plus que des battements de cœur insignifiants dit-elle », l'exophtalmie persiste, ainsi que l'augmentation de volume du corps thyroïde, la malade continue les piqûres.

9 nov. — L'amélioration persiste et s'accroît après 16 piqûres, (un peu de stomatite). Le tremblement a disparu, l'exophtalmie diminue, l'état mental est bien meilleur. La malade se sent capable de travailler.

OBSERVATION XIII

(CHVOSTEK in thèse MIGNORE. Paris 1894-95 Obs : LXVII).

1) Un lieutenant de 33 ans contracte la syphilis en février 1874. On note dans ses antécédents héréditaires, chez son père une maladie de cœur terminée par hémiplegie, aphasie, et gangrène d'une jambe.

En avril 1804, survient la roséole ; le traitement mercuriel se montre efficace.

Le 20 janvier 1875, à la suite d'excès alcooliques, le 1^{er} février palpitations, fatigue générale, amaigrissement, vomissements fréquents, pouls 110-120. Les yeux deviennent saillants ; battements des vaisseaux du cou ; légère augmentation de la thyroïde ; Tremblement des extrémités supérieures et inférieures, ainsi que des muscles de la face, à la moindre excitation.

Ces symptômes furent améliorés, mais non guéris, par la galvanisation. L'iodure de potassium amena chez le malade un accès de cardialgie.

2) Un lieutenant de 22 ans, syphilitique (psoriasis palmaire et ulcérations de la gorge), s'aperçoit pendant le traitement ioduré, qu'un léger goître qu'il avait auparavant augmente très rapidement ; en même temps, sensation de tension dans les yeux, sueurs intenses, palpitations, excitabilité psychique apparaissant à la moindre excitation ; tremblement des pieds et des mains.

Le malade ne présente pas d'antécédents nerveux ni émotifs, le malade fut amélioré par la galvanisation.

OBSERVATION XIV

O. CLAUDE (*policlinique du Prof. GAUCHER fiche N° 18702*).

Jeanne R... 27 ans, modiste.

La malade vient consulter le 12 octobre 1910, pour une érup-

tion de syphilides papulo-squameuses et psoriasiformes par places ; elle se plaint en même temps de prurit. Elle eut il y a 3 mois, (1 mois après son mari) un chancre induré.

Jusqu'ici, elle a eu 3 piqûres d'huile grise.

Le corps thyroïde est un peu gros ; la malade ne présente pas de tachycardie ni d'exophtalmie. Traitement : 15 piqûres de benzoate de mercure.

Elle revient, très améliorée, après 9 piqûres.

Elle présente un peu de gingivite. Elle continue son traitement ; on ne l'a pas revue depuis.

OBSERVATION XV

Fiche de la polyclinique de M. le professeur GAUCHER (Fiche n° 44007).

Mlle D... 28 ans, domestique, vient consulter le 25 février 1908, pour des syphilides périnéales papuleuses et des plaques muqueuses vulvaires durant depuis 15 jours, les amygdales sont grosses, surtout la droite ; la langue est fissurique, scrotale, et présente de la desquamation en aires. Depuis 15 jours, en outre, céphalée et chute des cheveux. Ecoulement blennorrhagique datant d'un mois environ.

La malade présente en outre un goître. On pose le diagnostic de syphilis secondaire chez une hérédosyphilitique à cause de la langue scrotale et de la desquamation en aires.

La malade est soumise au traitement hydrargyrique par les piqûres de benzoate.

La malade sort « blanchie » le 26 mars après 5 piqûres.

30 août 1908. — Elle revient pour le traitement (pilules et piqûres alternées). Elle vient régulièrement aux piqûres jusqu'en décembre ; à cette époque, on note chez elle des phénomènes oculaires : amblyopie transitoire et ophtalmodynie ; la langue est toujours décapillée, mais pas très douloureuse.

En septembre 1907, angine phlegmoneuse. Elle ne revient à la polyclinique que le 23 octobre 1910. Elle a suivi depuis 1 an

un traitement assez irrégulier, prenant des séries de 15 piqûres mais avec des interruptions.

Le goître persiste ; mais au dire de la malade, il aurait diminué de volume ; c'est une tuméfaction assez dure, rénitente. Depuis un an environ, la malade a des bouffées de chaleur et du tremblement, ainsi que des crises de tachycardie, surtout, dit-elle, au moment des repas.

Actuellement, elle n'a pas de tachycardie (pouls à 80°) mais dédoublement passager de second bruit. Depuis 1 an aussi, la malade se plaint de tristesse et d'idées noires : son caractère change, dit-elle, et devient irrégulier. Pas d'exophtalmie.

Il semble bien qu'il s'agisse là d'un goître basedowifié.

TRAITEMENT : piqûres de benzoate n° 15.

OBSERVATION XVI

(Policlinique de M. le prof. GAUCHER, fiche n° 41489).

DIAGNOSTIC : syphilis (3). Basedow.

Emilie K..., 49 ans, journalière, vient consulter à la policlinique le 28 février 1908 pour une syphilis contractée il y a 12 ans et soignée dès le début par le sirop de Gibert pendant 3 ans.

Plaques muqueuses il y a 3 ans et ulcérations de la jambe gauche. Pertes hémorragiques abondantes depuis 3 ans. Fibrome diagnostiqué depuis un an.

Vient faire une série de piqûres (30) : a eu, en tout, 8 séries de 6 piqûres d'huile grise.

4 mars 1908. — Fait une nouvelle série de 20 piqûres.

20 août 1909. — Bouffées de chaleur.

6 juin 1910. — Les règles ont été irrégulières : bouffées de chaleur persistantes. Tremblement, bouffées de chaleur. Règles autrefois très abondantes sont venues très peu il y a 6 semaines. Bronchite.

TRAITEMENT : Benzoate de soude, codéine.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Fiche de la polyclinique de M. le prof. GAUCHER. Fiche n° 44.306.

DIAGNOSTIC : Syphilis de l'amygdale gauche, goître).

Mlle P... 21 ans, vient consulter à la polyclinique le 25 mai 1909.

Elle est restée 1 mois avec un individu qui l'a quittée ensuite elle se plaint actuellement d'un mal de gorge durant depuis deux mois, de maux de tête et d'épistaxis, elle présente de l'adénopathie cervicale et de la roséole. Rien aux parties génitales. L'examen de la gorge montre un chancre de l'amygdale gauche.

TRAITEMENT : Piqûres de benzoate n° 15.

8 juin 1909. — La roséole a disparu.

Syphilide pigmentaire du cou. Repos 15 jours.

21 janvier 1910. — La malade s'est traitée régulièrement, jusqu'en septembre, par des piqûres de benzoate, et depuis par des pilules de Dupuytren, 15 jours par mois. Actuellement, le corps thyroïde est un peu gros ; sans qu'il existe d'autres symptômes de Basedow. On note de la décapillation de la langue, et des syphilides papuleuses de la région du poignet. La malade est remise aux piqûres.

OBSERVATION XVIII

ODIN. — (*Bulletin officiel de la société d'électrothérapie, juin 1903, page 156 (Résumée.)*)

M. G..., 31 ans, a contracté la syphilis à 19 ans (1891) chancres et plaques muqueuses ; il s'est soigné sérieusement pendant 1 an ; hémiplégie gauche en 1898, en 1901, palpitations violentes ; tachycardie en 1903, corps thyroïde gros ; chaque

lobe forme une tumeur du volume d'une mandarine ; poulx à 120 ; exophtalmie manifeste.

Le malade n'a pas été soumis au traitement mercuriel, il fut amélioré par le courant galvanique.

OBSERVATION XIX.

(Policlinique de M. le Prof. GAUCHER, fiche 14.057).

(Basedow, hérédo-syphilis tardive).

Mlle I... Jeanne, 24 ans, couturière.

2 avril 1909. — La malade ne présente aucun antécédent de syphilis acquise.

Pas de maladie grave jusqu'à l'âge de 14 ans ; à 14 ans, elle fut opérée de végétations nasales à Reims ; 3 mois après apparut à l'angle interne de l'œil droit, un abcès qui ne s'est pas guéri et qui a été suivi de fistule lacrymale.

Quelque temps après, développement sans douleur d'une gomme de la voûte palatine qui a amené la perforation.

Puis, 2 ans après, ulcération de l'aile droite du nez, qui amena la destruction de l'aile et de la sous-cloison.

A cette époque (il y a 5 ans), la malade n'avait jamais suivi de traitement mercuriel ; on lui faisait des pointes de feu sur le nez.

Elle est alors allée consulter M. le Prof. Gaucher qui prescrivit des injections de benzoate de mercure.

Il a été fait des séries d'injections mercurielles pendant 3 à 4 ans, et les lésions n'ont complètement guéri qu'il y a 9 mois.

Actuellement, 22 avril 1909, on constate une cicatrice ovale, allongée de haut en bas, et montée dans le grand angle de l'œil droit ; l'aile droite du nez est presque entièrement détruite ; il en est de même de la sous-cloison du nez ; ces régions ne présentent plus d'ulcérations en activité.

A la partie moyenne de la voûte palatine, vaste perforation d'aspect cicatriciel sur les bords, allongée d'avant en arrière,

mesurant 1 cen. sur 1/2 cen. Sur la joue gauche, en dehors de la commissure labiale, cicatrice allongée de haut en bas.

Les incisives médianes supérieures et inférieures légèrement érodées à leur bord libre.

Pas de dystrophie nasale ; pas de traces de kératite ; malformations du pavillon de l'oreille. Le contour du pavillon, à sa partie supérieure, est aplati et présente une encoche anormale le lobule est gros et épais.

La mère de la malade a fait une fausse couche.

Une sœur bien portante.

Légère saillie des globes oculaires ; corps thyroïde légèrement hypertrophié : pas de tachycardie.

6 oct. 1909. — Opérée par le docteur [Morestin (reconstitution du nez et palatoplastie). Résultats satisfaisants.

OBSERVATION XX

UDIN. *Bulletin officiel de la société d'électrothérapie*, (juin 1903, page 156. Hérédosyphilis. Basedow).

Mme D... vient consulter en janvier 1903 pour affaiblissement progressif ; elle est âgée de 35 ans ; sa santé a été parfaite jusqu'au début de la maladie actuelle ; son père était alcoolique, et sa mère nerveuse, a fait de nombreuses fausses couches et a perdu plusieurs enfants en bas-âge. La malade a un frère bien portant.

Elle présente des dystrophies dentaires très accentuées. A la mâchoire supérieure, les incisives sont séparées par un grand intervalle.

Les dents sont très grandes, projetées en avant, et présentent au milieu de leur bord libre une dépression médiane prononcée. Pas d'autres stigmates d'hérédosyphilis. Mais celui-ci est assez typique pour que, rapproché des fausses couches de la mère, on puisse considérer la malade comme une hérédosyphilis.

Depuis 1901, la malade s'aperçoit que son cœur bat « trop vite » au début, cette tachycardie n'apparaissait qu'à la suite d'efforts :

maintenant elle est continue. Le caractère de la malade, autrefois enjoué, est devenu difficile. Elle a des colères qu'elle trouve elle-même stupides : elle cherche la solitude, tout en ayant un besoin presque insatiable de mouvements.

Depuis plus d'un an, elle souffre d'un tremblement constant, qui l'empêche de faire le moindre travail ; elle est tenue éveillée par ses palpitations ; son appétit est impérieux :

A l'examen de la malade, on remarqua la saillie de ses globes oculaires ; le pouls, au repos, bat à 130 pulsations ; le corps thyroïde est manifestement augmenté de volume surtout à droite ; il est animé de battements communiqués par les carotides et de pulsations propres.

La malade fut guérie par la galvanisation.

OBSERVATION XXI

(DÉLEARDE, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*,
1899, n° 5 page 52)

La nommée B... Lucie, 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille) le 7 septembre dans le service de M. le professeur Lemoine, pour troubles de la marche.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève chez ces ascendants directs aucune trace nerveuse. Le père âgé de 71 ans, est encore bien portant ; la mère est morte à 53 ans de phthisie pulmonaire. Une de ses sœurs a présenté pendant quelque temps des crises de nerfs. Les antécédents personnels de la malade sont plus intéressants : Réglée à 13 ans ; aucune maladie avant l'âge de 15 ans, époque à laquelle elle contracte la syphilis et elle est soignée pour un chancre vulgaire à l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille). Elle y reste 5 semaines, et ne continue pas, à sa sortie, le traitement spécifique.

Au bout d'un certain temps, qu'elle ne peut déterminer, elle remarqua que ses yeux devenaient gros ; mais elle n'éprouvait aucun malaise l'empêchant d'exercer sa profession.

A la fin de l'année 1897, en décembre, elle eut de la diplopie et de la céphalée très vive ; elle entra dans le service d'ophtalmologie du professeur de Lapersonne. On diagnostiqua une paralysie des deux moteurs oculaires externes, et, comme elle avouait une syphilis antérieure, on rechercha à ce moment des signes tabétiques. Les réflexes rotuliens et lumineux étaient abolis ; il y avait quelques troubles de la marche encore légers, et se montrant surtout lorsqu'elle descendait un escalier. On la soumit au traitement mixte antisypilitique intensif, et les symptômes oculaires ayant disparu, elle sortit dans le courant de février.

L'observation recueillie pendant son séjour à l'hôpital ne parle pas des symptômes de goître.

De retour chez elle, les douleurs fulgurantes se montrèrent à intervalles plus ou moins rapprochés, et la forcèrent à rester au lit ; en même temps que les troubles de la marche s'accroissaient, les douleurs et la difficulté de se tenir debout et de marcher allant en s'aggravant, elle entra dans le service du professeur Lemoine.

Etat général bon. Mais la marche est franchement ataxique, le signe de Romberg existe très nettement ; les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis : le réflexe lumineux est conservé, ainsi que celui de l'accommodation. Elle a de l'incontinence d'urine : il lui est impossible de résister au besoin d'uriner. La sensibilité à la douleur est un peu diminuée à la partie inférieure des jambes et aux pieds. Rien à signaler du côté de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du toucher. Le diagnostic de tabès est indubitable.

Mais elle offre aussi d'autres signes intéressants : ses yeux sont volumineux ; ils font une saillie bien manifeste ; plus de traces de paralysie des muscles moteurs oculaires externes.

La glande thyroïde est tuméfiée surtout dans son lobe droit, qu'on limite facilement : elle est animée de battements synchrones aux battements cardiaques. L'auscultation y permet d'entendre un souffle.

Le nombre des pulsations est de 128 par minute, sans paro-

xysmes ; cette tachycardie ne gêne pas la malade qui en ignore l'existence ; enfin un tremblement encore très léger agite les mains sans toutefois empêcher les ouvrages à l'aiguille. Lorsque j'aurai ajouté que B... ressent parfois des bouffées de chaleur, que son caractère est devenu irascible, j'aurai signalé tous les symptômes de maladie de Basedow relevés chez cette malade.

J'ai cherché avec soin dans ses antécédents personnels et dans son état actuel des signes d'hystérie ; je n'en ai rencontré aucun. Jamais de crises nerveuses, pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie en plaques, pas de rétrécissement du champ visuel, conservation du réflexe cornéen, mais abolition du réflexe pharyngien, pas d'hyperesthésie épineuse, pas de clou, ni de point crânien, pas de sensation de boule.

Cette malade est soumise au traitement mixte, qui ne semble pas amener d'amélioration.

OBSERVATION XXII.

(RAYMOND et SÉRIEUX, *Revue de médecine* 1892, XII, page 970, obs. III).

Isabelle M... âgée de 19 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 27, le 18 juin 1891. (Résumée).

Antécédents héréditaires. — Père atteint d'un tic douloureux de la face ; mère très nerveuse, excentrique, a eu de fréquentes crises de nerfs.

Grand-père maternel meurt hémiplegique à 40 ans.

Antécédents personnels. — La malade a commencé à marcher seulement vers l'âge de deux ans 1/2 ; l'usage de la parole lui est venu très tard ; vers 3 ans, rougeole.

A 8 ans, son caractère, assez doux jusque-là, devint violent, elle a toujours été très émotive et très peureuse, toujours préoccupée par les histoires qu'on racontait devant elle. Réglée à 13 ans, régulièrement.

Vers l'âge de 17 ans, elle fut prise, sans cause connue, de battements de cœur, de palpitations.

Etat actuel (19 juin 1891). Isabelle M... est grande, assez bien musclée, pâle de figure ; les pieds sont plats, larges, étalés. En l'examinant deux choses frappent immédiatement : 1° *une asymétrie faciale* très nette : la moitié gauche de la face plus petite que la droite ; *la voûte palatine est très profonde* ; ses deux moitiés sont inégales ; il en est de même des 2 moitiés du voile du palais. 2° Les yeux sont proéminents ; les globes oculaires paraissent projetés en avant ; c'est à peine si la malade peut couvrir l'œil avec la paupière.

Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume. La malade raconte qu'au moment de ses règles, son cou grossit davantage.

Pouls : 120 en moyenne. La sensibilité cutanée est intacte ; caractère fantasque.

L'électrisation produit une amélioration au point de vue de la tachycardie : le pouls revient à 96.

M... quitte le service à la suite d'une violente dispute.

OBSERVATION XXIII

(Héredo-syphilis osseuse du cou-de-pied ; Retard de développement d'origine thyroïdienne ; fiche de la polyclinique de M. le professeur GAUCHER. Fiche n° 1580)

Robert H... 18 ans, garçon de café, présenté depuis 1 an. une tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit la marche, impossible sur la plante du pied, se fait sur le côté ; la tuméfaction siège surtout sur le côté externe du calcanéum. Le malade présente en outre un retard de développement marqué ; il offre l'aspect d'un enfant de 13 à 14 ans ; pas de poils, pas de moustaches ; les organes génitaux sont infantiles ; de plus, le malade présente un léger degré d'adipose, le facies est large et gros. Aucune adénopathie.

Les extrémités sont cyanisées ; et l'hiver, le malade présente fréquemment des engelures.

Les dents inférieures sont mal plantées : il existe de l'asymétrie faciale : le côté droit est plus en arrière. Dénivellation oculaire, l'œil droit est plus bas que l'autre. L'examen de l'appareil respiratoire montre une légère différence entre les 2 sommets ; la respiration est un peu souffrante du côté droit ; il y a une légère augmentation des vibrations.

Taille 1 m. 50.

Cœur O — Pression artérielle 13.

Le diagnostic porté est celui d'hérédo-syphilis osseuse avec un retard de développement d'origine thyroïdienne.

II. — SECRÉTION INTERNE DU PANCRÉAS ET SYPHILIS.

OBSERVATIONS

(*Diabète pancréatique*).

OBSERVATION XXIV.

MICHAÏLOFF *in th.* TROLLER, Paris, 1905, pag. 80 : *Diabète pancréatique syphilitique*).

Homme 55 ans ; antécédents 17 frères et sœurs dont 5 vivants ; 3 enfants, dont 1 mort et 1 scrofuleux : le 3^e bien portant ; à 34 ans, tumeur d'un caractère mal déterminé sur la verge, 15 ans après, abcès du grand trochanter, suivi de fistule ; 6 ans après aphasie et hémiplegie, qui durent 8 jours. Il y a 2 ans, douleurs rhumatismales dans les bras, guéries par l'iodure de potassium. Depuis 4 ans, maigrit beaucoup ; polydipsie, glycosurie : malgré régime antidiabétique sévère, affaiblissement progressif. Troubles gastro-intestinaux ; cependant appétit bon.

Etat actuel : Tumeur cutanée de la région pariétale ; crête du tibia onduleuse. Souffle cardiaque, quelques symptômes pulmonaires. Foie : gros sans bosselures, un peu douloureux à la pression gauche. La rate n'est pas appréciable ; dans la région épigastrique, tumeur arrondie soulevée par les pulsations, aortiques, non douloureuse ; ascite ; œdème des jambes ; sucre dans les urines ; pas d'albumine.

Diagnostic : Tumeur de la région du pancréas, glycosurie pancréatique. Insuffisance tricuspidiennne. Emphïsème pulmonaire, syphilis.

Traitement : Régime peu sévère. Pancréatine. Iodure et mercure. Guérison complète au bout d'un mois.

OBSERVATION XXV.

(MANCHOT, *in th.* TROLLER, p. 81).

V... peintre, 40 ans. admis dans le coma le 17 juin 1898,

Etat actuel : Amaigrissement, cachexie, langue sèche, fuligineuse ; coma, abdomen retractoré ; le foie et la rate ne sont pas palpables.

Urines : Quantité : 1000 ; densité 1059. Un peu d'albumine, cylindres hyalins. Sucre : 4.75 %. Le malade, alimenté à la sonde, meurt le lendemain après-midi.

Autopsie le 29. — Cadavre émacié ; au pénis, cicatrice ancienne et blanche. Poumonem physémateux, cœur atrophie, sans lésions valvulaires. Rate petite. Myocarde pigmenté. Foie petit et dur.

Pancréas atrophie, pesant 20 gr. Lobules séparés par des bandes fibreuses, conjonctives et graisseuses. Au microscope : épaissement du tissu conjonctif interstitiel, inter et intra-lobulaire, et à part cela, aucune modification cellulaire.

Testicule : trainées blanchâtres et noyaux fibreux.

OBSERVATION XXVI

(MANCHOT. *In thèse Troller, p. 82*).

Femme 37 ans. — Aucun antécédent ; mariée à 21 ans ; a eu 2 enfants mort-nés ; hémorragie au cours des deux premiers accouchements ; paramérite consécutive. Le 3^e accouchement se passe normalement. La malade n'est plus réglée depuis sa

3^e grossesse (1877). En 1886, elle fut soignée pour une tuméfaction du genou droit et des maux de gorge. Tumeur douloureuse de consistance élastique, du condyle interne du tibia avec épaississement du périoste ; fluxion de poitrine.

Pas de traitement spécifique.

En 1888, la malade entre à l'hôpital pour des douleurs, on constate des cicatrices multiples sur les membres, des ganglions indolores dans la région cervicale ; il existe un léger œdème des jambes.

À la partie supérieure de la cuisse, il existe une petite tuméfaction, douloureuse la nuit. Douleur au niveau de l'épaule droite. Un peu de matité au sommet de l'un des poumons.

Le traitement mercuriel fut institué ; il dut être interrompu 3 fois par suite de l'apparition d'une stomatite.

La malade sort de l'hôpital le 31 décembre, très améliorée presque guérie.

Fin décembre 1891, la malade revient avec des douleurs des membres inférieurs. En même temps soif et amaigrissement rapide ; peau et langue sèches ; l'haleine répand une odeur d'acétone.

Insomnie par suite de douleurs nocturnes. Rien d'anormal dans l'examen des viscères.

Urines : 6 à 7 litres. Traces d'albuminurie ; sucre 5 à 6 0/0.

Essai de traitement mercuriel qui dut être cessé à cause d'une aggravation menaçante.

Puis, malgré l'iodure et un régime approprié, les phénomènes s'accroissent, mort le 8 février 1892 par complications pulmonaires.

Autopsie : atrophie très marquée du pancréas avec augmentation du tissu conjonctif interstitiel.

Néphrite parenchymateuse avec infractus.

Au niveau des poumons : bronchectasie et foyer de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XXVII

(LEMONNIER. *Arch. de médecine des enfants*, in thèse TROLIER, page 104, obs. XXXVII).

Petite fille de 7 ans et demi dont le père était syphilitique. La mère avait fait deux fausses couches et un accouchement prématuré à 6 mois ; avant la naissance de cette enfant, le père avait eu une syphilis bénigne, mais non traitée, et s'était marié moins de 3 ans après la contagion. A 22 jours, coryza, éruption complète et plaques papulo-érosives au pourtour de l'anüs et sur les fesses. — Traitement : 6 séries de 20 frictions.

A 7 ans et demi, amaigrissement rapide, à 3 mois et demi, polydipsie et polyurie, glycosurie.

Guérison par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XXVIII.

(SCHULTE, in Th. TROLIER, p. 104.)

Jeune fille de 7 ans ; présente des symptômes de diabète sucré, qui se maintient malgré une thérapeutique spéciale, malgré un régime très fidèlement suivi. Par hasard, on constate que la mère avait été syphilitique. Un examen plus approfondi de la petite fille amena la constatation de manifestations syphilitiques telles que : infiltration des ganglions lymphatiques, augmentation du lobe droit du foie. L'état général de l'enfant, sous l'influence du traitement anti-syphilitique, s'améliora, la quantité d'urine et sa teneur en sucre diminuèrent.

La soif diminua et le poids du corps augmenta. Au bout de quelque temps, l'enfant succombe à une pleuro-pneumonie intercurrente, autopsie non faite.

OBSERVATION XXIX

(STEINHAUS, *Journal médical de Bruxelles*, 28 mars 1907 ; *glycosurie par syphilis pancréatique*).

Femme de 41 ans, souffrant depuis 15 mois de douleurs à l'épigastre et dans le dos, et accompagnées d'une très grande faiblesse et d'un amaigrissement très prononcé.

Dans ses urines, qui s'élevaient à 3 ou 4 litres par 24 heures, il y avait 180 gr. de sucre, 41 grammes d'urée, de l'acétone et de l'acide diacétique.

Pendant la vie, on ne put affirmer le diagnostic de diabète syphilitique, malgré les nombreuses cicatrices [existant sur les jambes de la malade.

Mais à l'autopsie : foie ficelé et contenant des gommès ; au niveau de l'ampoule de Vater, on note une sorte de cratère, qui pénètre dans une poche creusée dans le pancréas, contenant du sang et des matières en état de nécrose. Tout le reste du pancréas est sclérosé, les artères sont atteintes d'endartérite oblitérante.

L'auteur conclut qu'il s'agit bien d'un diabète pancréatique syphilitique.

III. — SYPHILIS DE L'HYPOPHYSE. — OBSERVATIONS

Acromégalie et maladie osseuse de Paget. Leurs rapports avec la syphilis hypophysaire

OBSERVATION XXX

(BRIGIDI, *Società medico fisica fiorentina*. 2 Aug. 1877, in Th. PATRY. Paris, 1907-1908, T. 33 p. 44. *Observation résumée*).

G... n'a jamais eu de rachitisme étant jeune ; il contracta la syphilis à 35 ans ; pendant 2 ans, chute des cheveux, et appa-

rition de syphilides maculeuses et papuleuses ; à partir de ce moment, il devint difforme ; sa langue avait acquis un volume excessif et dépassait les arcades dentaires ; fort prognathisme ; hypertrophie de la lèvre inférieure ; membres grêles avec mains larges et grosses ; scoliose.

Autopsie : pachyméningite hémorragique étendue ; cerveau petit et sphérique, hypertrophie de la glande pituitaire : poids 14 grammes ; coupe grisâtre avec des traces jaunâtres çà et là. La consistance était partout assez grande, sauf dans le segment supérieur qui offrait une mollesse à peu près égale à celle de la pulpe cérébrale.

Histologiquement : trame conjonctive avec certains interstices grands et vides ; en d'autres points, texture semblable à celle de la substance médullaire des glandes lymphatiques ; tissus infiltrés d'éléments cellulaires petits, faiblement granuleux. En général, la trame présentait un développement considérable et était parcourue de vaisseaux sanguins ; les cellules contenues dans les interstices étaient de forme et de volume variable.

Quelques-unes avaient un protoplasma purement granuleux, et étaient pourvues d'un ou de plusieurs noyaux, tandis que d'autres se montraient homogènes, claires brillantes, en un mot avaient succombé à une dégénération analogue à la dégénérescence colloïde ; dans certains endroits où le tissu *connectif était plus développé*, on ne voyait pas d'éléments globulaires, mais les interstices étaient remplis, tantôt d'une matière granuleuse avec quelques gouttes de graisse, et tantôt d'une substance claire, homogène, identique à celle qui infiltre les cellules dont il a été parlé plus haut, aucune trace d'éléments nerveux, ni de canal central.

L'auteur classe les lésions osseuses observées dans le rhumatisme chronique.

OBSERVATION XXXI

(THAON, *Th., Paris, 1906-1907. F. 40 p. 152, 153*).

Homme de 34 ans, atteint de syphilis cérébro-spinale grave.

Antécédents éthyliques : soigné pendant deux ans par un traitement mercuriel intense : Mort rapide dans le coma sans hyperthermie (juillet 1904, La Salpêtrière).

Autopsie : pyélo-néphrite double avec distension des bassinets et des calices. Prostate volumineuse, reins gros et farcis de petits nodules suppurés ; les glomérulaires sont par endroits transformés en une substance amorphe ; l'épithélium des tubes est abrasé par places.

Foie volumineux et gras, périhépatite par ilots, travées scléreuses contenant des amas embryonnaires, infiltration leucocytaire dans la capsule. Arteres à parois épaisses.

Pancréas : peu de modifications des cellules sécrétoires ; mais 2 ilots de Longherans très volumineux et très nombreux.

Surrénales : pas de suractivité ; amas leucocytaires dans la surface.

Thyroïde (49 gr), légèrement scléreuse.

Hypophyse : aspect macroscopique normal ; histologiquement, la charpente conjonctive ne paraît pas présenter d'épaississement scléreux ; substance colloïde abondante ; vésicules volumineuses et distendues.

Dans le lobe glandulaire : groupement en boyaux pleins de cellules qui se colorent d'une façon intense par les colorants basiques, et qui paraissent en état de prolifération évidente ; cellules éosinophiles plus nombreuses et plus volumineuses que normalement, pas de figures de karyokynèse, mais division par bourgeonnement. En somme hyperactivité glandulaire.

OBSERVATION XXXII

Gigantisme et acromégalie, prurigo généralisé phtiriasique, eczéma variqueux, chez un hérédo-syphilitique. Fiche du service de M. le Prof. GAUCHER, n° 44500 (inédite).

Le malade, qui est un géant avec quelques signes d'acromégalie et qui mesure 2 m. 06 de haut, entre salle St-Louis pour

de la phthiriasse avec prurigo généralisé et de l'eczéma variqueux.

Mais l'intérêt du malade réside dans son gigantisme.

Toujours de dimensions considérables, c'est surtout depuis dix ans qu'il a commencé à grandir. Il y a 6 ans, il mesurait 1 m. 85.

Il y a 4 ans, 1 m. 92.

Actuellement, 2 m. 06.

Les pieds et les mains ont augmenté de volume progressivement. Mais surtout, depuis 3 ans. De nouveaux troubles sont apparus depuis quelques années (5 à 6 ans), et principalement des troubles visuels, consistant surtout en amblyopie.

Antécédents : il semble qu'il y ait déjà eu des géants dans sa famille : un de ses oncles, mort à 82 ans, aurait atteint la taille de 2 m. 20. Son grand-père mort à 78 ans, aurait eu 2 m. 08.

Urines :

Vol. 2650 cmc. Densité 1022. Traces d'albumine. Rapport azoturique, 79 %.

Le malade sort guéri le 13 octobre et passe chez M. Launois.

OBSERVATION XXXIII.

(TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et HARVIER, *mort imprévue chez un nourrisson hérédo-syphilitique, lésions des glandes vasculaires sanguines ; bulletin de la société de Pédiatrie, 1909, 20 avril, p. 177 à 180*).

Enfant d'un mois ; hérédo-syphilitique banal, porteur de quelques papules cuivrées, d'un gros foie et d'une grosse rate, mais présentant un état de santé très satisfaisant, quand il mourut subitement, le lendemain de son entrée à l'hôpital avant tout traitement.

Autopsie : lésions caractéristiques du foie et de la rate ; capsules surrénales hypertrophiées ; à la coupe, la substance centrale très épaisse, prend une teinte violacée, livide, très consistante, et ne laisse pas de sang s'écouler sur la surface de section ; à la surface extérieure du corps thyroïde, sur son bord

postérieur, on voit très nettement appendues les parathyroïdes, que leur couleur noirâtre et leur tuméfaction permettent de comparer à des grains de café.

Microscopiquement : surrénalité aiguë et subaiguë ; lésions gommeuses de l'hypophyse ; hémorragies des parathyroïdes et du corps thyroïde ; de plus, autant qu'on peut s'en rendre compte, les cellules de ces différents organes présentent tous les signes de l'épuisement sécrétoire. Les *spirochètes* abondent dans le foie et les capsules surrénales, sont plus rares au niveau de l'hypophyse.

OBSERVATION XXXIV

(LANCEREAUX, *traité d'anatomie pathologique*, T. III, 4^e partie, p. 29).

Front aplati, os du crâne manifestement hypertrophiés ; le nez, les lèvres et les os de la face, surtout le maxillaire inférieur, sont le siège d'une hypertrophie non douteuse ; corps thyroïde gros.

Autopsie : hypertrophie des os du crâne ; cerveau petit ; Hypertrophie du corps pituitaire ayant le volume d'un petit œuf de poule ; exophtalmie considérable, lobe droit du foie presque triplé de volume ; dépression prononcée pouvant contenir un œuf de pigeon sur la partie supérieure du foie, lobe gauche petit ; points blanchâtres assez analogues à des traces d'anciennes tumeurs.

Rate volumineuse, dure ; ovaire du volume d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION XXXV

(DANLOS, APERT ET LÉVY-FRANCKEL. *Cyphose héréditaire-familiale à début précoce, anomalies multiples ; société médicale des hôpitaux, 26 mars 1909*).

1^{er} Fl... (Louis), quarante-cinq ans ; c'est un homme d'aspect

vigoureux, de forte corpulence, ayant la tête dans les épaules, ce qui tient à une cyphose marquée portant sur les dernières vertèbres cervicales et la colonne dorsale ; le sommet arrondi de cette voussure est au niveau de l'épine des omoplates. Le sujet raconte qu'il s'est voûté dès l'enfance. Quand il a commencé à aller à l'école, dès l'âge de sept ans, il était déjà voûté et ses camarades se moquaient de lui à cause de cela. Sa voussure n'a pas augmenté depuis bien longtemps. La physionomie du sujet est un peu particulière à cause d'un certain prognathisme des maxillaires et d'une certaine largeur de la mâchoire inférieure ; cette conformation est beaucoup moins accentuée que chez son frère jumeau et chez l'aîné de ses neveux, mais le malade offre néanmoins avec eux une ressemblance qui saute aux yeux. Voici quelques dimensions du crâne et de la face :

Diamètre crânien antéro-postérieur maximum.	192
— — — transverse maximum	154
Indice céphalique.	80, 2
Diamètre mento-cranien maximum.	251
Indice mento-céphalique.	61, 3
Diamètre transverse bi-temporal.	141
— — — bi-malaire.	142
— — — bi-maxillaire	132

Les dents du sujet présentent des particularités intéressantes. Il existe une énorme incisive supplémentaire à gauche de la ligne médiane. Pour lui faire place, l'incisive supérieure médiane normale est repoussée en dehors et placée de champ contre l'incisive latérale elle-même un peu oblique. L'incisive supplémentaire a une hauteur, une largeur et une épaisseur deux fois plus grandes que celles des incisives normales voisines. Elle est implantée obliquement dans la mâchoire de telle sorte que sa face antérieure, au lieu de regarder directement en avant, regarde en avant, en dehors et un peu en bas. En outre l'axe de cette dent n'est pas vertical, mais dirigé obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans. La partie libre de la

dent remonte dans la gencive beaucoup plus haut que pour les dents voisines et atteint presque le sillon gingivo-labial. La dent supplémentaire est usée sur son bord libre comme du reste, les incisives normales voisines. Elle est de couleur bleuâtre, opaline et non jaunâtre, ivoirine comme les dents normales. Elle présente une rainure verticale profonde sur sa face postérieure.

En arrière de l'incisive médiane du côté droit qui a sa forme et sa situation normales, on aperçoit sur la partie voisine du bord palatin une extrémité dentaire moussue qui a percé la muqueuse, mais ne la déborde pas. Elle a la même couleur bleuâtre que l'incisive supplémentaire du côté opposé. Il s'agit d'une deuxième incisive supplémentaire symétrique de la première, mais encore dans sa plus grande partie incluse dans la gencive. Le malade dit que cette dent a paru depuis un an seulement. Quant à la grosse incisive supplémentaire du côté gauche, c'est à l'âge de 27 ans qu'elle est apparue. Les autres dents sont bien rangées, bien conformées, un peu usées, mais non cariées ; les première et deuxième dentitions se sont faites normalement : le sujet n'a jamais souffert des dents. A noter toutefois qu'à l'âge de six ans, en tombant dans une trappe en même temps que son frère, le sujet s'était cassé ses deux incisives de lait supérieures gauches.

Sur le thorax existe de chaque côté un mamelon supplémentaire situé sur la ligne qui va du mamelon normal à la symphyse pubienne, comme c'est la règle, un peu plus haut à gauche qu'à droite. A gauche au-dessous du mamelon supplémentaire, existe un lipome de la dimension d'une orange.

Rien de particulier sur le reste du corps. Pas d'ensellure lombaire anormale ; membres un peu épais, extrémités un peu larges, mais non de façon anormale. Voici quelques dimensions des membres :

Longueur de la clavicule (en ligne droite).	20 c. m.
Longueur du bras (de l'acromion à la pointe de l'olécrane).	33
Longueur de l'avant-bras (de l'olécrane à l'extrémité de l'apophyse styloïde du cubitus).	28

Longueur de la main.	21
Circonférence du poignet droit.	19
Longueur de la cuisse (Du grand trochanter à l'interli- gne du genou).	48
Longueur de la jambe (de l'interligne du genou à l'ex- trémité de la malléole externe).	41
Longueur du pied.	27
Largeur du pied au niveau des têtes métatarsiennes.	10,2
Largeur bimalléolaire.	7,6

La santé générale est excellente ; le malade, fort buveur autrefois, a cessé de boire, dit-il, depuis dix ans. Il a eu, l'année dernière, une crise de coliques néphrétiques, terminée par l'expulsion d'un calcul ; foie de dimension normale, rate perceptible à la percussion, autres organes en bon état. Ni sucre ni albumine.

OBSERVATION XXXVI

2^e Fl.. (Charles), quarante-cinq ans, frère jumeau du précédent. Il est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Danlos, pour une cirrhose alcoolique atrophique avec ascite et œdème des membres inférieurs, et eczéma sec des membres inférieurs. Il ressemble beaucoup à son frère, et la ressemblance était très grande avant la maladie actuelle, qui l'a fait beaucoup maigrir de visage. Il présente une cyphose dorsale de même forme et de même localisation que chez son frère, mais plus marquée ; elle aurait débuté à l'âge de six ans, à la suite d'une chute faite dans une trappe en même temps que son frère. Le prognathisme est encore plus accentué que chez son frère ; le maxillaire est large ; la bouche très fendue et les lèvres épaisses. Il existe un mamelon supplémentaire sur la ligne allant du mamelon normal au pubis, au niveau du rebord des cartillages costaux gauches.

Ce sujet a quitté brusquement le service après une crise d'agitation quelque peu délirante. Nous n'avons pu prendre sur lui les mêmes mensurations que chez les autres sujets.

OBSERVATION XXXVII

(MM RÉNON ET SEVESTRE, sur un cas complexe de maladie osseuse de Paget. *Bulletin société médicale des hôpitaux*, 4 août 1910, n° 24 p. 152).

Le nommé J... Louis, âgé de 45 ans, coiffeur, est entré le 3 juin, à l'hôpital Necker, pour un point de côté assez douloureux, siégeant sur la ligne axillaire postérieure gauche, dans le 6^e espace intercostal. Il se plaint en outre d'une céphalée très intense, lui donnant l'impression d'avoir la tête serrée dans un étau, et de douleurs vagues dans les reins et les genoux. Ces dernières douleurs s'exagèrent par la marche, qui fatigue le malade ; elles le contraignent à s'arrêter, ses jambes se dérobant sous lui.

Antécédents héréditaires : 2 frères bien portants ; femme morte il y a plusieurs années de tuberculose pulmonaire ; elle n'a jamais eu de grossesse.

Antécédents personnels :

Ses antécédents personnels sont plus chargés ; à 17 ans il a eu une bronchite grave, depuis cette époque, il tousse presque continuellement, et presque tous les hivers, il prend de gros rhumes. A 21 ans, il a eu une blennorrhagie qui a guéri rapidement. Cependant, cinq ans plus tard, sans nouvel écoulement et sans avoir conservé de goutte matinale, le malade eut une orchite douloureuse, localisée à l'épididyme droit. Il conserve d'ailleurs actuellement un noyau cicatriciel qui occupe tout l'épididyme. A 22 ans il a été soigné à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Richelot, pour 2 abcès siégeant, l'un au niveau du grand trochanter gauche, l'autre à la partie postéro-externe de la cuisse droite, à peu près en son milieu. Ces abcès probablement tuberculeux, ont été ouverts et grattés.

Il subsiste actuellement 2 cicatrices déprimées paraissant nettement en rapport avec des lésions osseuses.

Il y a 6 ans, il a présenté aux 2 jambes et à la face interne

des cuisses une éruption de petits boutons rouges, surélevés qui ont abouti à la suppuration. On en retrouve encore aujourd'hui la trace sous forme de cicatrices chamois foncé, diffuses, prédominant à la moitié inférieure de la jambe gauche. Il y a 2 ans, le malade est retourné à l'hôpital Tenon, dans le service du Docteur Legueu, pour faire traiter son rétrécissement de l'urèthre. Dès cette époque on constata une gibbosité dorsale, qui fut mise sur le compte d'un mal de Pott, et des déformations des jambes qui furent attribuées au rachitisme ; dès ce moment, le malade souffrait d'une céphalée intermittente, survenant par crises et de douleurs dans les genoux.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate à l'examen des poumons une respiration légèrement soufflante aux 2 sommets sans autres signes physiques, et à la base gauche une zone étroite de submatité au niveau de laquelle les vibrations étaient diminuées. Au même point on constatait de l'obscurité respiratoire, avec quelques frottements rudes et de la pectoriloquie aphone, mais pas de souffles. Une ponction exploratrice confirma le diagnostic de pleurésie. Le liquide jaune citrin, clair, assez fortement fibrineux, avait une cytologie lymphocytaire pure.

A l'auscultation du cœur, on trouvait à la pointe, et de temps en temps seulement, un souffle systolique se propageant vers l'aisselle. Le pouls est petit et irrégulier ; il bat 82 à la minute. La tension artérielle prise avec l'appareil du docteur Amblard donne 14, 5 de tension maxima et 9 de tension minima ; les urines sont troubles et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Actuellement, les lésions de la base gauche ont disparu, et on ne trouve plus qu'au sommet droit, en arrière, une respiration soufflante.

Mais ce qui frappe surtout, ce sont les déformations osseuses importantes que nous allons passer en revue.

1) Gibbosité dorsale, accentuée, régulière, sans saillie, univertébrale (convexitée post.). La région lombaire présente, par contre, une courbure de compensation à convexité antérieure très accentuée ; pas de douleurs à la percussion des apophyses épineuses.

2) Membres inférieurs : courbure symétrique en arc de cercle à concavité interne ; fémurs : courbure à concavité interne, pas d'hypertrophie des condyles fémoraux ; le bord antérieur du tibia est hypertrophié et transformé en une véritable face (2 cm. de large dans sa moitié supérieure). Le tibia offre l'aspect du tibia en lame de sabre.

Ces déformations auraient apparu surtout depuis 6 ans ; hypertrophie des clavicules, symétrique, surtout en leur partie moyenne hypertrophie du sternum, de la 3^e côte avec douleur localisée.

Le crâne a augmenté de volume (le malade se rappelle une casquette trop grande il y a 8 mois et maintenant trop petite) ; pas de déformations osseuses appréciables à la palpation.

Céphalées violentes avec maximum au niveau du pariétal gauche. Taille du malade diminuée : ayant 1 m. 53 au conseil de revision, il n'a plus actuellement que 1 m. 49.

Réflexes rotuliens et achilléens exagérés : réflexe de Babinski en extension ; pas d'altération des réflexes des membres supérieurs : myosis ; le réflexe lumineux paraît un peu paresseux.

Interrogé sur l'existence d'une syphilis possible, le malade nie toute manifestation de cet ordre. De fait, on ne trouve sur le corps du malade, ni cicatrices ni pigmentation anormale permettant de suspecter la syphilis, si on en excepte la pigmentation des 2 jambes. Cependant, une ponction lombaire faite le 27 juin a fourni les renseignements suivants : hypertension assez forte ; liquide clair et légèrement albumineux. Le culot, examiné au microscope, a montré une lymphocytose abondante (25 à 30 lymphocytes par échantillon avec quelques moyens mononucléaires). Le culot d'un second tube de liquide céphalo-rachidien a été inoculé le 27 juin sous la peau d'un cobaye ; ce dernier, examinée le 20 juillet, avait augmenté de poids, et ne présentait ni ganglions, ni indurations au point d'inoculation.

La réaction de Wassermann (Levaditi) a fourni un résultat positif pour le sérum sanguin et négatif pour le liquide céphalo-rachidien. Une seconde réaction faite 1 mois après la 1^{re} a été encore nettement positive pour le sérum sanguin.

La cuti-réaction à la tuberculine a été nettement positive.

Vu sur une radiographie latérale, l'hypertrophie du tibia apparaît plutôt comme une hyperostose déjetée en dehors.

OBSERVATION XXXVIII

(DALCHÉ et GALUP, *soc. médicale des hôpitaux*, 11 juin 1909, p.1222).

Albert C... 53 ans, journalier entre à la Pitié le 9 février 1909. Maladie de cœur depuis plusieurs années. (Rétrécissement mitral).

Antécédents héréditaires. Grand-mère maternelle morte à l'âge de 76 ans, d'une maladie de cœur ; mère morte aussi à plus de 70 ans, d'une affection cardiaque ; père hémiplégie en 1891.

Antécédents personnels. Fils unique, a fait 3 ans de service militaire et n'accuse aucune maladie jusqu'à 48 ans ; ni enfants ni fausses couches chez sa femme : du reste n'a plus eu de rapports sexuels depuis 20 ans et n'a pas cherché à en avoir ; nie, toute maladie vénérienne.

Histoire de la maladie : en juin ou juillet 1899 ou 1900, le malade ouvrier plombier, a été pris, en pleine santé et pendant son travail d'un subit malaise ; un médecin l'aurait traité à ce moment avec de la digitale.

Depuis, le malade n'a jamais retrouvé sa santé antérieure, et fait plusieurs séjours dans divers hôpitaux.

Les déformations osseuses se sont établies insidieusement, notre sujet les a constatées pour la 1^{re} fois, il y a 7 ou 8 ans, en ne pouvant pas mettre un chapeau qu'il avait commandé quelques temps auparavant, puis les membres inférieurs se sont arqués. Ce sont les troubles cardiaques, ou du moins les phénomènes de dyspnée, de gêne thoracique, qui l'ont, avant tout, gêné. Excès de boissons depuis qu'il est souffrant. Intelligence très diminuée.

Etat actuel. Habitus général ; sujet de taille plutôt petite,

maigre et sec, aux téguments d'une coloration foncée, au système pileux peu développé. Un lipome sous-mamelonnaire du côté droit ; ganglion dans les aînes et les aisselles.

Troubles fonctionnels ; les seules sensations subjectives accusées sont des douleurs lombaires, vives et nettement bilatérales ne pouvant être rapportées à une altération des vertèbres ou des côtes, non réveillées par la pression.

Au niveau des testicules qui sont peu développés, la palpation provoque une sensibilité anormale. La colonne vertébrale est rigide, mais n'a cependant pas perdu toute mobilité, la marche reste possible sans l'aide d'une canne, la tête et les épaules penchées en avant, la taille paraissant diminuée.

Déformation osseuse : le crâne est volumineux par rapport à la taille générale de sujet ; nettement irrégulier à la palpation surtout dans la région occipitale, la face est indemne ; les avant-bras sont légèrement incurvés ; le thorax est surtout déformé à sa partie supérieure où les clavicules, énormément hypertrophiées saillantes, sous les téguments, forment une courbure à concavité interne ; les tibias également très hypertrophiés, présentent une courbure à concavité postéro-interne.

Dans leur ensemble, les deux membres se regardent en parenthèse.

L'examen radiographique d'un des tibias montre des différences d'opacité très nette suivant les points. Celui du crâne permet de constater que l'épaisseur de la voûte atteint de 2 à 3 cm. ; la paroi postérieure de la selle turcique est triplée de volume ; mais la cavité même de la selle, vue de profil, n'est pas augmentée, et même est un peu diminuée.

Téguments et muqueuses ; mélanodermaie particulièrement marquée au niveau des mains, et plus spécialement à la face dorsale des dernières phalanges ainsi qu'au pourtour des yeux. A la face interne des joues, et sur la voûte palatine, existe une série fort nette de taches pigmentaires brunâtres absolument typiques ; ce sont des taches addisonniennes aussi indiscutables que nombreuses.

Urines ρ : 1000 cm.

Réaction légèrement alcaline.

Densité : 1014.

Sucre et albumine = 0.

Urée = 10 gr. 408.

Phosphates (au $P^2 O^5$) 1 gr. 776.

Chlorure (au Na Cl) 5 gr. 20.

En somme, diminution de tous les principes élémentaires de l'urine.

Hémoglobine (Tallqvist) 60/100.

Appareil génital : testicule et verge petite.

Disparition depuis 2 ans du sens génésique.

Thyroïde : non sensible à la palpation.

Appareil auditif : catarrhe chronique des caisses.

Rhinite et pharyngite atrophiques.

Stigmates de syphilis : 0.

Wassermann (Lévaditi) : 0.

IV. — SYPHILIS ET SÉCRÉTIONS INTERNES DU TESTICULE OBSERVATIONS

(*Insuffisance testiculaire*)

OBSERVATION XXXIX

(GANDY, *Bulletin et mémoire de la société médicale des hôpitaux*.
Décembre 1900, p. 1236).

B... Camille ; employé, habitant Saint-Denis. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Dans l'enfance : coqueluche, rougeole à 2 reprises, blépharo-conjonctivite tenace ; de 1881 à 1883, 4 ans de service militaire. Taille 1 m. 63. En 1890, à 30 ans, il se marie une 1^{re} fois « il remplit ses devoirs dans une large mesure ; il était même, dit-il, très porté sur ce chapitre ». Sa femme meurt de tuberculose moins d'un an après.

En 1892, il se remarie et jusque vers 1896 il continue à non moins bien s'acquitter de ses devoirs. De ses 2 mariages, il n'a pas eu d'enfants. A cet âge (32 et 33 ans) il était fort et solide ; il avait une chevelure fournie, bouclée, une moustache bien développée ; il porta même quelque temps la barbe longue, descendant sur la poitrine. Jamais d'oreillons.

De 1893 à 1898, érysipèles à répétition.

Puis symptômes de syphilis, dont la porte d'entrée est peut-être une brûlure(?) à la tête, et qui se manifeste par des céphalées continues, des chapelets ganglionnaires. Enfin, en 1897, sans autres signes, assure le malade, qu'un écoulement nasal épais, le nez s'effondre du jour au lendemain.

Tandis qu'évoluent cette laryngite, puis cette rhinite syphilitiques dont la nature reste ignorée, et qui ne sont l'objet d'aucun traitement, des symptômes d'un autre ordre se manifestent.

En mars 1876, à l'âge de 36 ans, le malade est en proie à une soif intense, telle qu'il doit boire au moins 7 litres de liquide par jour, avec polyurie du taux de 6 à 7 litres également ; ni sucre, ni albumine ; la polydipsie et la polyurie durent 6 semaines et cessent pour ne plus reparaitre. A ce moment aussi, vomissement persistant plusieurs mois ; c'est à ce moment que les forces génésiques commencent à décliner ; à partir de 1897, la moustache, la barbe et tous les autres poils du corps tombent, les forces génésiques sont anéanties complètement et définitivement ; il n'y a plus désormais ni appétence sexuelle, ni érection, enfin, bouffissure de la face sans modification psychique.

Etat actuel (21 nov. 1906).

Déformation nasale typique : la base du nez est effondrée, écrasée, la pointe en est légèrement relevée ; très large perforation de la région postérieure de la cloison, due à une destruction complète de toute la partie postérieure du vomer. Plaques de leucophasie linguale ; aphonie totale par laryngite tertiaire ancienne qui a taillé des deux côtés : bandes ventriculaires, ventricules et cordes vocales. Les 2 pupilles réagissent faiblement à la lumière.

Le facies est bien spécial : type japonais ; nez écrasé à la

base, moustache naissante ; jaunâtre rappelant celle des pâleurs brightiques, infiltration adipeuse légère du tronc et des membres ; au niveau de la ceinture, en avant surtout, elle rappelle l'aspect de la peau d'orange telle qu'on l'observe dans l'adiposité féminine. Tout le reste du corps est glabre (aisselles, sternum, aréoles mamelonnaires, abdomen, pubis, région périnéale, membres) ; les mamelons sont petits, les organes génitaux présentent dans leur ensemble une atrophie marquée ; la verge est très réduite ; elle a à peine 4 à 5 cen. de longueur, les corps caverneux n'ont aucune consistance ; le prépuce rétréci recouvre son extrémité d'une façon permanente ; le scrotum est petit, les testicules ont à peu près les dimensions d'une olive : ils sont très mous, mais réguliers, lisses sans aucune trace de bosselure ou d'induration ; la sensibilité à la pression, nulle à droite, est légère à gauche ; le toucher rectal montre que la prostate est aussi légèrement réduite de volume. L'impuissance et la frigidité sont depuis 9 ans absolues ; le corps thyroïde n'est pas perceptible. Réflexes cutanés et rotuliens diminués ou abolis ; appareil circulatoire et urinaire normaux.

OBSERVATION XL

(DUPRÉ, *Th. Paris*, mai 1905, obs. xv, page 60).

Homme de 45 ans, ayant jadis moustache, poils, puissance virile.

A 30 ans après une syphilis, début des troubles.

Actuellement : face ronde, bouffie, glabre, moustache d'un jeune homme de 17 ans, pas de poils aux aisselles, peu au pubis, verge réduite, testicules atrophiés, du volume d'un haricot, et mous ; impuissance ; thyroïde de volume normal.

OBSERVATION XLI

(P. DALCHÉ. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 7 juin 1901, p. 567 et 23 mai 1902, p. 478).

Dystrophie orchidienne (pseudo-myxœdème syphilitique).

Homme de 36 ans ; à 20 ans syphilis ; orchite vers l'âge de 30 ans d'autre part strabisme de l'œil gauche et choroïdite syphilitique.

Début, vers 30 ans, par faiblesse générale ; puis peu à peu, gonflement des membres inférieurs, de l'abdomen et de la face la barbe, les poils du tronc, du pubis, sont tombés ; l'impuissance est complète depuis plusieurs mois.

Au moment de l'examen, la face ronde, bouffie, pâle, garde « une vague apparence myxœdémateuse ».

Aux membres inférieurs, infiltration assez molle s'étendant aux téguments de l'abdomen. Vive sensibilité au pied.

La thyroïde est difficilement appréciable. Parole lente, intelligence faible, émotivité, mouvements rares, nonchalants. Organes génitaux petits, testicules atrophiés, offrant les caractères des testicules syphilitiques. Polyurie de 4 ou 5 litres. Après un traitement puis à la suite de l'administration d'orchitine, l'apathie et la faiblesse diminuent ; l'impuissance et la polyurie persistent.

Ultérieurement s'accusèrent une cypho-scoliose et une augmentation de volume des pieds rappelant l'acromégalie.

OBSERVATION XLII (inédite).

Neuro-fibromatose généralisée avec rétraction de l'aponévrose palmaire, Asymétrie faciale chez un hérédo-syphilitique. (fiche de la polyclinique de M. le Prof. GAUCHER n° 135-78).

R... René, âgé de 43 ans, artiste, vient consulter le 1^{er} février 1909, pour des taches pigmentaires existant depuis sa

naissance sur les cuisses et les fesses ; ces taches, de toutes dimensions (lentille ou pièce de 5 fr.) ont une teinte café-au-lait, il n'existe pas d'hypertrichose.

Elles ne présentent aucune disposition systématique. En outre, le malade présente depuis sa naissance également, de petites masses fibromateuses, dures, disséminées, et faisant saillie comme de petites noisettes (névromes plexiformes). Sur le côté gauche de l'abdomen, existe une masse molle, grosse comme une demi-mandarine.

La dentition du malade est anormale, les dents sont usées, courtes, et présentent une section arrondie, au lieu d'une arête tranchante (dents de solipèdes) ; cette disposition est surtout marquée sur les incisives.

Ses dents de la mâchoire inférieure sont mal plantées, de hauteur différente et trop serrées les unes contre les autres. La sœur du malade a aussi une dentition irrégulière.

On note en outre un strabisme convergent de l'œil droit, qui est plus petit et plus enfoncé que le gauche. Il existe une dénivellation oculaire remarquable ; le bord inférieur de la pupille gauche est au niveau du bord supérieur de la pupille droite (D^r Antonelli). L'iris paraît pigmenté.

Il existe de la rétraction de l'aponévrose palmaire qui aurait débuté il y a 2 ans, petit à petit sans aucune cause, par des sensations subjectives, d'énervement et de crispations dans les mains ; le pouce fut pris le premier ; actuellement, la rétraction aponévrotique est très accentuée.

L'état mental du malade est en somme normal ; cependant il est triste, et a une certaine tendance à s'isoler.

Depuis 1 an, le malade est complètement impuissant ; les érections sont rares et insuffisantes ; parfois cependant, il arrive à une sensation de plaisir, les testicules semblent normaux, mais mal descendus dans le sac scrotal. Il existe un prurit intense du scrotum, avec du lichen chronique simplex dû au grattage.

OBSERVATION XLIII

MM. RÈNÔN, ARTHUR DELILLE ET MONIER VINARD, *Syndrome polyglandulaire par dyshypophysie et par insuffisance thyro-testiculaire. Société médicale des hôpitaux. Séance du 5 février 1909, et Gazette des hôpitaux, 1909, N° 46, p. 492. Résumée).*

Le malade, âgé de 35 ans, a contracté la syphilis à l'âge de 28 ans. Actuellement, il présente un syndrome polyglandulaire ainsi caractérisé :

1) Insuffisance génitale (anaphrodisie absolue, développement exagéré des glandes mammaires, disproportion entre les dimensions du tronc et celle des membres).

2) Insuffisance thyroïdienne nette.

3) Dyshypophysie (augmentation de volume de la selle turcique montrée par la radiographie, épaisseur considérable et irrégulière des parois du crâne, tissus frontaux agrandis; polyurie, polydipsie : hypertension légère sans néphrite; obésité. Ce syndrome polyglandulaire ressemble beaucoup au syndrome appelé par les auteurs allemands (Frœhlich), dégénérescence adiposo-génitale, et constitué par des troubles visuels graves et par une obésité spéciale avec impuissance.

OBSERVATION XLIV

Insuffisance testiculaire chez un syphilitique tertiaire ; (fiche de la polyclinique de M. le Prof. GAUCHER n° 49608, inédite, communiquée par LÉVY-FRÉNCKEL, chef de clinique adjoint.)

T... Aristide, 44 ans, voyageur de commerce, a la syphilis depuis 7 ans ; il s'est soigné régulièrement par des pilules au début de sa maladie.

Actuellement (1^{er} juillet 1909), depuis 2 mois, il présente des syphilides ulcéro-croûteuses de la narine droite, débordant sur la lèvre supérieure.

La lésion s'améliore par KI et les pilules de Dupuytren.

Le 20 novembre 1909, il vient à la consultation, très amélioré; et se plaint d'une frigidité absolue qui dure depuis quelques mois et se désole, étant donné qu'autrefois il était, dit-il, « plutôt porté de ce côté ». L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine.

5 janvier 1910 — Malgré un traitement par l'hydrothérapie, la frigidité persiste.

La lésion de la lèvre est améliorée par 25 piqûres, mais non complètement guérie.

Le Wassermann est faiblement positif (27 janvier 1910).

Le 27 mai, il persiste encore une petite ulcération sur la moustache : traitement piqûres de benzoate; la frigidité diminue.

Le malade revient le 3 septembre ; ses fonctions génitales sont redevenues à peu près normales. Il a eu 8 piqûres de benzoate en juin et en juillet (la dernière le 28 juillet).

CONCLUSIONS

I.—On peut voir apparaître, au cours de la syphilis acquise, le plus souvent à la fin de la période secondaire ou pendant la période tertiaire, un syndrome basedowien, qui, cliniquement, ne se distingue pas de la maladie de Basedow vraie.

Ce syndrome apparaît avec une fréquence particulière chez les syphilitiques ayant eu des accidents ulcéreux du pharynx, de l'amygdale, ou du voile du palais.

Dans certains cas, il semble que les phénomènes basedowiens aient précédé, à plus ou moins longue échéance, des signes de tabès.

Ces phénomènes sont susceptibles, dans un certain nombre de faits, de régresser sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré.

II.—La syphilis acquise, mais surtout la syphilis héréditaire, peuvent donner lieu au diabète pancréatique. Le traitement spécifique ne paraît pas agir très activement.

III.—L'acromégalie peut être sous la dépendance d'une infection syphilitique antérieure.

Il s'agit là d'une manifestation quaternaire de la syphilis, selon la classification de M. le professeur Gaucher; le traitement n'a pas de prise sur cette manifestation d'hyperhypophyse.

Par contre, la maladie de Paget, presque toujours, pour ne pas dire toujours, d'origine spécifique, est peut-être due, comme semblent le prouver certains faits, à un trouble fonctionnel, par hypofonctionnement, de la glande pituitaire, souvent associé à d'autres insuffisances fonctionnelles des glandes vasculaires sanguines (surrénales, corps thyroï-

de). Elle est souvent justiciable du traitement mercuriel et peut être rangée parmi les manifestations tertiaires.

IV. — L'insuffisance testiculaire peut s'observer au cours de la syphilis ; elle est le plus souvent tardive, et ne semble pas améliorée par le traitement lorsqu'elle s'accompagne d'altérations fonctionnelles synergiques des autres glandes.

Vu : *Le Président*
GAUCHER.

Vu : *Le Doyen*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	9
INTRODUCTION — 1° Aperçu sur les glandes à sécrétion interne. . .	13
2° Historique de la question.	15
CHAPITRE I. — Maladie de Basedow. Ses rapports avec la syphilis, étude clinique.	19
1° Syphilis acquise.	19
2° Syphilis héréditaire	29
CHAPITRE II. — Myxœdème et syphilis.	30
CHAPITRE III. — Pathogénie de ces manifestations.	31
Influence des lésions du naso-pharynx sur le développement du goitre.	37
Rapport de la maladie de Basedow avec le tabès	38
CHAPITRE IV. — Diabète pancréatique. Ses rapports avec la syphilis	41
1° Syphilis acquise du pancréas.	41
2° Hérédo-syphilis.	45
CHAPITRE V. — Syphilis de l'hypophyse : acromégalie et maladie osseuse de Paget ; leurs rapports avec la syphilis.	50
1° Acromégalie.	51
2° Maladie osseuse de Paget.	54
CHAPITRE VI. — Sécrétion interne du testicule et syphilis. Insuffi- sance testiculaire.	60
1° Syphilis acquise.	60
2° Syphilis héréditaire	62
OBSERVATIONS. — I. Corps thyroïde.	65
II. Pancréas.	86
III. Hypophyse	90
IV. Testicule	103
CONCLUSIONS.	111



ANGOULÈME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET CIE. — C. 1157
